

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 octobre 1899, à 1 heure

PAR

L. LE CLECH

né à Scaër (Finistère), le 1^{er} décembre 1873

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
de l'Exclusion

— ❦ —

Président : M. PAUL BERGER.

Juges : MM. } RÉMY.
ALBARRAN, HARTMANN.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*

~~~~~

PARIS

IMPRIMERIE A. MALVERGE

171, rue Saint-Denis, 171

1899



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 26 octobre 1899, à 1 heure*

PAR

L. LE CLECH

né à Scaër (Finistère), le 1<sup>er</sup> décembre 1873.

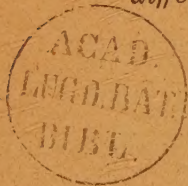
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
**de l'Exclusion**



Président : M. PAUL BERGER.

Juges : MM. { RÉMY.  
ALBARRAN, HARTMANN.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les  
différentes parties de l'enseignement médical.*



PARIS

IMPRIMERIE A. MALVERGE

171, rue Saint-Denis, 171

1899

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                |                      |
|----------------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>Doyen.</b>                                                  | <b>M. BROUARDEL.</b> |
| <b>Professeurs.</b>                                            | <b>MM.</b>           |
| Anatomie.                                                      | FARABEUF.            |
| Physiologie.                                                   | CH. RICHET.          |
| Physique médicale.                                             | GARIEL.              |
| Histoire naturelle médicale.                                   | BLANCHARD.           |
| Chimie organique et chimie minérale.                           | GAUTIER.             |
| Pathologie et thérapeutique générales.                         | BOUCHARD.            |
| Pathologie médicale.                                           | HUTINEL.             |
| Pathologie chirurgicale.                                       | DEBOVE.              |
| Anatomie pathologique.                                         | LANNELONGUE.         |
| Histologie.                                                    | CORNIL.              |
| Opérations et appareils.                                       | MATHIAS DUVAL.       |
| Pharmacologie et matière médicale.                             | TERRIER.             |
| Thérapeutique.                                                 | POUCHET.             |
| Hygiène.                                                       | LANDOUZY.            |
| Médecine légale.                                               | PROUST.              |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.                    | BROUARDEL.           |
| Pathologie expérimentale et comparée.                          | N.                   |
|                                                                | CHANTEMESSE.         |
| Clinique médicale.                                             | DIEULAFOY.           |
|                                                                | POTAIN.              |
|                                                                | JACCOUD.             |
|                                                                | HAYEM.               |
| Maladie des enfants.                                           | GRANCHER.            |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. | JOFFROY.             |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.               | FOURNIER.            |
| Clinique des maladies du système nerveux.                      | RAYMOND.             |
|                                                                | DUPLAY.              |
| Clinique chirurgicale.                                         | LE DENTU.            |
|                                                                | TILLAUX.             |
|                                                                | BERGER.              |
| Clinique des malad. des voies urinaires.                       | GUYON.               |
| Clinique ophtalmologique.                                      | PANAS.               |
| Clinique d'accouchement.                                       | BUDIN.               |
|                                                                | PINARD.              |

## Agrégés en exercice.

|            |                      |            |               |
|------------|----------------------|------------|---------------|
| MM. ACHARD | MM. DUPRÉ.           | MM. LEPAGE | MM. THIROLOIX |
| ALBARRAN.  | FAURE.               | MARFAN     | THOINOT       |
| ANDRÉ      | GAUCHER              | MAUCLAIRE  | VAQUEZ        |
| BONNAIRE   | GILLE DE LA TOURETTE | MENETRIER  | VARNIER.      |
| BROCA AUG. | HARTMANN             | MÉRY       | WALLICH       |
| BROCA AND. | LANGLOIS             | ROGER      | WALTHER       |
| CHARRIN.   | LAUNOIS              | SEBILEAU   | WIDAL         |
| CHASSEVANT | LEGUEU               | TEISSIER   | WURTZ         |
| DELBET.    | LEJARS               | THIERY     |               |
| DESGREZ.   |                      |            |               |

Chef des Travaux anatomiques . . . . . M. RIEFFEL

Secrétaire de la Faculté : M. le Docteur Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS .

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MONSIEUR LARDENNOIS

Ancien interne des Hôpitaux de Paris  
Chirurgien des Hôpitaux de Reims

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BERGER

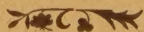
Professeur de Clinique Chirurgicale  
Membre de l'Académie de Médecine  
Officier de la Légion d'Honneur

## PRÉFACE

Le but que nous nous sommes proposé en abordant ce sujet n'a pas été de prôner l'exclusion au détriment des autres opérations telle que la résection. Il est évident que d'une manière générale la résection d'une anse intestinale malade est préférable à l'exclusion; cette dernière opération n'est que palliative dans le cas de néoplasme et elle ne confère pas au point de vue de la guérison autant de garantie que la résection. Mais il n'est pas rare que la résection d'une anse intestinale rencontre des difficultés insurmontables, ou encore que cette opération ne soit possible qu'au prix de risques considérables pour la vie de l'opéré. — Dans ces conditions l'exclusion de l'intestin est une ressource précieuse pour le chirurgien. — D'ailleurs l'exclusion peut parfois conduire au même résultat que la résection. Cette dernière opération consiste dans un premier temps à enlever la tumeur sans rétablir la continuité du tube digestif en laissant un anus contre nature qu'on se propose de fermer dans un second temps; l'exclusion consiste à ré-

tablir la continuité du tube digestif sans enlever la lésion qu'on laisse seulement exclue — on se propose de l'enlever dans un second temps — et en effet dans plusieurs cas à la suite de l'exclusion de l'anse malade certaines tumeurs ont subi un travail de régression à tel point qu'au bout d'un certain temps une intervention radicale est devenue possible.

L'exclusion partielle a été généralement acceptée par les chirurgiens allemands, l'exclusion totale a soulevé bien plus de défiance et avec juste raison. L'opération a d'ailleurs été rarement pratiquée. En France l'opération est exposée par Heydenreich, par Jeannel, par Lardennois, par Guinard, par Le Dentu, mais, ainsi que l'a dit ce dernier, l'exclusion paraît avoir peu frappé les esprits — c'est qu'il s'agit d'une méthode nouvelle, de création encore trop récente pour qu'on puisse uniquement citer ses avantages et oublier ses inconvénients — c'est à l'avenir de nous apprendre quelle est la valeur exacte de l'exclusion. — En tout cas c'est une nouvelle ressource pour combattre les affections intestinales qu'on croyait autrefois incurables et pour lesquelles la chirurgie contemporaine intervient avec succès souvent, presque toujours pourra-t-on dire bientôt.



## HISTORIQUE

Il est difficile d'assigner une date précise aux premiers essais d'intervention chirurgicale dans les maladies de l'intestin. Ce n'est qu'au <sup>xvii</sup><sup>e</sup> siècle que grâce à la pratique des autopsies, on put faire le diagnostic de certaines affections, tel que le cancer de l'intestin, jusqu'alors inconnu et que dès lors on osa proposer et tenter une opération pour combattre les accidents occasionnés par les affections intestinales.

La première intervention qui fut tentée n'avait pour but que de combattre les accidents d'occlusion et les chirurgiens instituèrent l'anus de Littré comme traitement palliatif. C'est ainsi que tout d'abord l'opération unique fut celle de l'anus artificiel portant sur le gros intestin, puis vint l'anus fait sur l'intestin grêle, enfin la laparotomie avec toutes ses conséquences et ses perfectionnements consécutifs.

La première résection intestinale avec rétablissement de la continuité de l'intestin fut faite par Ramdohr en 1727 — il s'agissait d'un cas de gangrène herniaire — le malade guérit. — En 1728 Reimond répète avec succès l'opération de Ramdohr pour un cas semblable.

En 1748 Duverger emploie un procédé de suture différent et perfectionné : après résection de l'intestin pour un cas de gangrène herniaire il suture les deux extrémités sur une trachée de veau. Reisch, Chopart, Désault (1784), Bell (1794), améliorent la suture de Ramdohr.

Lavielle en 1811 publie une observation de gangrène herniaire guérie par ce procédé.

Jobert de Lamballe en 1822 étudie en même temps que Trèves la suture intestinale. Il insiste sur la nécessité dans la suture intestinale d'adosser l'une à l'autre les séreuses, la séreuse du bout supérieur à celle du bout inférieur.

Bientôt Lembert décrit sa suture telle qu'elle est employée par les chirurgiens.

Le premier essai de résection intestinale pour anus contre nature est fait par Roux en 1828.

Pendant le xvii<sup>e</sup> siècle la seule opération tentée pour le cancer de l'intestin est l'anus artificiel. C'est ainsi qu'en 1776 Pillore de Rouen, cité dans le premier mémoire d'Amussat en 1839, crée un anus artificiel cœcal pour un cancer haut situé sur le cœcum, et qu'en 1797, Five, de Genève (*Annales de la Société de médecine de Montpellier*. T. VI, cité par Peyrot) dans un cas d'obs-

truction intestinale par cancer, pratique l'entérotomie — le malade obtient une survie de quatre mois.

Ce n'est qu'en 1833 qu'eut lieu la première tentative de traitement radical, entreprise par Reybard, de Lyon, qui ayant diagnostiqué une tumeur de l'S iliaque, exécute la résection et rétablit la continuité de l'intestin par l'entérorraphie circulaire.

Cette tentative bien que suivie de succès fut condamnée par Jobert de Lamballe, Blandin et Bérard, rapporteurs de l'Académie de médecine (*Bulletins de l'Académie de médecine*, 1843-1844, p. 1031 et *Journ. de chir. de Malgaigne*. — Octobre 1844.

D'après Jobert de Lamballe, Reybart aurait été devancé par Richeraud qui le premier pratiqua l'entérectomie pour carcinome et réunit les deux bouts de l'intestin par invagination — le malade d'ailleurs avait succombé).

D'ailleurs le défaut d'antisepsie, l'absence de chloroforme (1) et l'instrumentation grossière empêchent de s'engager dans une voie un peu hardie et en France on se résigne à n'intervenir que pour combattre les complications. On se contente de parer aux accidents d'obstruction au moyen de l'entérotomie perfectionnée par Nélaton.

(1) L'emploi du chloroforme dont les propriétés analgésiques furent découvertes en 1847 par Simpson, commença à se généraliser en 1850.

Et encore tous les chirurgiens n'admettaient pas une si grande témérité. — Desprez, auteur de l'article « Intestin » du Dictionnaire Jaccoud disait en 1874 : « Le traitement du cancer de l'intestin sera calqué sur celui du cancer de l'estomac, c'est-à dire qu'il sera aussi inefficace dans un cas comme dans l'autre. L'emploi des narcotiques fait avec hardiesse permettra de dissimuler au malade la gravité de sa situation et de calmer les douleurs atroces qui accompagnent une pareille affection. En cas d'occlusion intestinale l'entérotomie et l'établissement d'un anus artificiel ne seraient même pas justifiés ».

On intervenait cependant au cours des accidents d'occlusion produits par les rétrécissements cancéreux. Dans sa thèse d'agrégation en 1880, Peyrot peut réunir 77 observations publiées d'opérations palliatives. On a pratiqué 44 fois la colotomie lombaire avec 19 succès et 43 entérotomies ont donné 10 survies.

Ces résultats encore que médiocres sont supérieurs de beaucoup à ceux de l'entérectomie tentée en Allemagne et en Angleterre. La mortalité de cette opération était véritablement désastreuse. Tiersch, en 1875, Gussembauer, en 1877, pratiquent l'ablation de l'S iliaque pour cancer — les deux patients meurent le soir même. Un autre malade opéré par Baum en 1879, succombe le 9<sup>e</sup> jour. La même année Guyon tente l'entérectomie pour un cancer de l'S iliaque compliqué d'accidents d'obstruction — le malade meurt dans la soirée.

Des deux opérés de Kraussold, l'un meurt 2 heures 1/2

après l'intervention, l'autre n'a qu'une survie de 6 mois.

Ainsi s'expliquent les sages réserves formulées par les chirurgiens français, par Kœberlé (*Bull. therap.* 1882), par Bouilly (*Rév. chir.* 1881, p. 31. — De l'entérectomie et de l'entérorraphie) ; par Péan lui-même. — Ce dernier avait pourtant tenté la première gastrectomie en 1879.

Dupau en 1883, Godet en 1886, repoussent toute idée d'intervention radicale, d'autant plus que « l'incertitude du bénéfice ne compensait pas la certitude du péril ».

Cependant à l'Etranger, on obtenait de meilleurs résultats.

Kohler (*Darmresection bei Carcinous des Dicksdarms.* Dissert. Breslau 1881) dans sa thèse rapporte un succès de son maître Fischer.

Hauer (*Darmresection und Enterrorhaphien an der Klinik Pr. Billroth 1878-1883.* *Zeitzchrift für Heilkünde Prag.* 1884 p. 103) publie les interventions pratiquées dans le service de Billroth de 1878 à 1883.

Enfin paraissent les statistiques de la thèse de Michels (*Michels zur Cas. der Darmresection,* Berlin 1886).

Camus (*Traitement radical du cancer du gros intestin par l'entérectomie et l'entérorraphie.* Thèse Paris 1887), élève de Horteloup s'appuyant sur ces documents préconise pour la première fois en France le traitement radical du cancer du gros intestin.

Les observations abondent dès lors à l'Etranger.

Allingham (London Clinical Society 3 mars 1893) et

surtout les Allemands : Bilroth (Chronisch Cæcumerkrankungen, Congrès de Berlin, 90. Beit. für Path. and chir. Ther.) et son élève Salzer (Arch. für Klinische Chirurgie 1892. T. XIV. p. 101).

Czerny (Deutsche Méd. Woch 1889, n° 45, p. 917). Czerny et Rindfleisch (Beit. für Klinische Chir. 1892, p. 681). Koerte publient les résultats de leurs opérations personnelles.

En France également les faits se multiplient.

Baillet (Thèse Paris 1894) étudie la résection de l'anse iléo-cœcale et Artus (Thèse Paris 1894) consacre sa thèse au cancer du cœcum. Chavannaz, de Bordeaux (Thèse 1894) conseille pour le traitement radical le procédé en plusieurs temps.

L'épouvantable mortalité des premières interventions est due non seulement à l'inexpérience des premiers opérateurs, mais aussi à ce qu'ils intervenaient tardivement. Ils tentaient la résection au cours d'accidents graves d'obstruction ; ils opéraient des cas absolument désespérés et partant inopérables. Dans une observation de Czerny, cas n° 2 (Czerny et Rindfleisch, Beitræge für Klinische Chirurgie 1892, p. 664) l'affection remontait à trois ans, le cancer qui avait envahi le cœcum et le colon ascendant, adhérait au rein droit, à la face inférieure du foie, au duodénum qu'il fallut ouvrir et refermer. On fut obligé de faire 107 ligatures ; l'opération dura quatre heures et demie.

Heberlein dans sa thèse de Greiswald 1897, n° 62, rapporte une intervention de son maître Helferich qui vou-

lut enlever une énorme tumeur de l'angle sous-hépatique du colon. Cette tumeur adhérait à la vésicule biliaire et au colon. Il dut pratiquer l'ablation de la vésicule et réséquer une partie de la glande hépatique, ce qui amena des hémorrhagies formidables.

Mais si à mesure que les essais ont été plus nombreux les statistiques sont devenues meilleures, il n'en est pas moins vrai que la mortalité reste encore assez grande, ce n'est que depuis peu en effet que, en France et surtout en Allemagne, on a reconnu qu'il est des cas de cancer de l'intestin où le traitement radical ne doit pas être tenté, mais être remplacé par une opération palliative ; et par là il faut entendre l'entéro-anastomose, l'anus contre nature, et l'exclusion.

En France, Boiffin et son élève Diet ont défendu l'entéro-anastomose ; en Allemagne, il est un grand nombre de chirurgiens qui vantent l'exclusion et qui en ont retiré les meilleurs résultats.

*Genèse de l'exclusion.* — En s'en tenant au fait d'exclusion du circuit intestinal un segment où pour une raison quelconque les matières ne doivent plus passer, on peut dire que Maisonneuve, en anastomosant deux anses voisines a fait le premier une exclusion intestinale. Ainsi qu'on l'a dit « la gastro-entérostomie de Wolfler et de von Hacker, les cholécystentérostomies, les anastomoses urétérales, les exclusions, les « Darmausschaltung » de Salzer, d'Eiselsberg, et de von

Baracz, sont des dérivés directs de l'anastomose de Maisonneuve ».

*Entéro-anastomose.* — Maisonneuve eut l'idée pour pallier les inconvénients de l'entérectomie et de l'anus contre nature, de créer une anastomose entre la portion intestinale située au-dessus de l'obstacle et une portion saine de l'intestin située au-dessous — il créait ainsi, l'entéro-anastomose; l'obstacle persistait, mais devenait négligeable, les matières pouvant reprendre leurs cours par un chemin détourné.

La technique opératoire faisait avec Maisonneuve un progrès considérable — Malheureusement ici on se heurtait à l'infection péritonéale et malgré la justesse de sa conception le procédé fut quelque temps délaissé.

L'opération de Maisonneuve fut reprise sous le couvert de l'antisepsie par Wolfler et transportée à l'estomac. Pour guérir une obstruction du pylore, Wolfler anastomose l'estomac avec une anse grêle et fait une gastro-entérostomie, opération nouvelle, mais basée sur le principe proclamé par Maisonneuve. Enfin Billroth et von Hacker reprennent l'entéro-anastomose proprement dite, en étudient et en étendent les indications « ils montrent que l'opération n'est pas seulement une intervention d'urgence à opposer à l'obstruction, mais que c'est une opération réglée dont sont justifiables les tumeurs, les coudures, les compressions intestinales que l'on ne peut enlever ou faire cesser sans danger ».

En créant une anastomose entre deux anses intesti-

nales, pour permettre le passage facile des matières de l'une à l'autre, Maisonneuve, Wolfier, Bilroth, von Hacker, avaient fait une exclusion intestinale ; tel était du moins leur but.

Ils pensaient que les matières devaient trouver dans la bouche anastomique une large voie ; les matières devaient dès lors cesser de passer dans la partie intestinale rétrécie ou malade, exclue de la circulation des matières.

En réalité, cette idée théorique n'est jamais réalisée.

En effet, l'entéro-anastomose, telle que la concevait Maisonneuve ne donne pas les résultats espérés par son auteur et par ceux qui l'ont suivi dans cette voie. Le Dentu cite à l'appui un fait qui, dit-il, « est un cas clinique qui a la valeur d'une expérience physiologique. J'ai eu dans mon service, il y a sept ou huit ans, deux malades atteints de fistule iliaque — je fis une large entéro-anastomose dans chacun de ces cas — malgré l'ouverture de cette voie artificielle les matières continuèrent à sortir du ventre au niveau de la fistule et cependant dans l'un de ces cas, j'avais pris la précaution de replier l'intestin placé en amont de la fistule, de la valvuler pour créer une sorte d'éperon, disposé de manière à empêcher le passage des matières. Tout fut inutile, soit que le pli intestinal se soit défait, soit que les matières aient reflué par le bout inférieur de la fistule ». Des faits analogues ont été constatés par von Hacker, ce sont eux qui ont conduit Chaput, Mosetig, Moorlof,

à créer artificiellement un rétrécissement intestinal entre l'obstacle et la nouvelle bouche intestinale ».

Mais seule la section de l'intestin au-dessus de l'obstacle et l'abouchement du bout supérieur au-dessous de l'obstacle peut empêcher définitivement le passage des matières.

Senn, le premier tenta cette opération — il aboucha perpendiculairement le bout supérieur de l'intestin coupé au-dessus de l'obstacle dans une portion sous-jacente et voisine de l'obstacle — il créa ainsi l'exclusion partielle de l'intestin.

Mais de même que la simple entéro-anastomose n'avait pas donné les résultats espérés, de même cette opération de Senn, cette exclusion partielle si logique qu'elle paraissait, ne donna pas les succès qu'on était en droit d'attendre d'elle. Voici, en effet, ce qui arrive en pareil cas : la partie de l'intestin sus-jacente à l'obstacle se remplit bientôt de produits de sécrétion, d'autre part la portion sous-jacente à l'obstacle placé entre lui et l'anastomose se laisse distendre par les matières qui refluent et qu'elle ne peut expulser.

L'opération de von Eiselsberg (1894) fondée sur le même principe et appliquée à l'estomac vint de nouveau démontrer ce mécanisme, et par là les défauts de l'opération. Faisant à la manière de Wolfler une gastro-entéro-anastomose, von Eiselsberg sectionna ensuite l'estomac au-dessus du pylore et ferma séparément les deux bouts. Le cours des matières se rétablit de l'estomac à l'intestin,

mais il se produisit ce fait que les produits de sécrétion arrivèrent à distendre et à perforer la partie intestinale sus-jacente à l'anastomose.

En présence de ces inconvénients de la méthode, on songea à y remédier et la conclusion logique qui vint à l'esprit de ceux qui s'occupaient de la question fut après avoir sectionné l'intestin au-dessus de l'obstacle de sectionner également au-dessous pour empêcher le reflux.

Par là même toute une portion de l'intestin se trouvait ainsi retranchée de la circulation, c'était là, l'exclusion proprement dite.

C'est en 1885 que Trendelenburg pratiqua pour la première fois cette opération, pour un cancer inopérable du cœcum et de la valvule iléo-cœcale. Trendelenburg sectionna l'intestin grêle un peu au-dessus de la valvule iléo-cœcale et alla implanter le bout supérieur de l'intestin sectionné sur la face latérale du colon ; il sectionna ensuite le colon et sutura séparément les deux bouts.

Salzer sans connaître l'opération de Trendelenburg, la proposa au Congrès de chirurgie allemande (1891).

*Recherches physiologiques.* — Mais avant que cette opération fut pratiquée dans un but chirurgical, des essais avaient été tentés à propos de l'étude de l'anus intestinal simple, notamment par Thierry et Vella, et ils ont été repris par Hermann et ses élèves dans un but physiologique.

Hermann joignit les deux lumières des parties sec-

tionnées de façon à former un anneau et observa après quelques semaines, qu'une quantité considérable de matières fécaloïdes se trouvait dans la partie exclue ; il en tira les conclusions : que la sécrétion des parois intestinales joue un rôle très important dans la formation des fèces.

Ce fait confirmé plus tard par deux élèves de Hermann, Blidstein et Ehrenthal, existait aussi lorsque l'anse coupée avait été auparavant désinfectée (Bérengstein.)

L'intestin était rempli d'une masse grise ou brune qui se composait principalement d'épithélium intestinal desquamé et détruit. La partie périphérique de cette masse formait une membrane solidement adhérente à la surface de la muqueuse.

Salzer avait remarqué que dans bien des cas de tumeurs ou de fistules stercorales du cœcum et du colon, les interventions chirurgicales jusqu'alors usitées étaient ou inutiles ou nuisibles.

Ainsi les fistules multiples entourées de tissu cicatriciel guérissent difficilement par la simple entérorraphie, qui du reste n'est pas sans danger dans ces cas ; quand à la résection de la portion intestinale malade, elle est particulièrement difficile et fait courir à l'opéré des risques hors de proportion avec l'importance de la lésion. Dans le cas d'un néoplasme inopérable ou d'une lésion inflammatoire chronique de la même région, l'entéro-anastomose peut être indiquée pour des symptômes indiquant un rétrécissement ; mais cette opération

n'empêche pas la portion intestinale malade de continuer à être irritée par le contact des matières qui circulent dans l'intestin.

C'est en présence de ces faits que Salzer imagina l'opération qui consiste à séparer la portion intestinale malade du bout central et en même temps du bout périphérique du tube intestinal, à pratiquer l'occlusion de cette portion à ses deux extrémités, puis à réunir l'un à l'autre les deux bouts de la partie d'intestin qui doit continuer à fonctionner. C'est là l'exclusion de l'intestin, le Darmausschaltung des Allemands, encore appelé par eux « exclusio ou eliminatio intestini ».

Les indications de cette opération étaient pour Salzer tout d'abord les fistules stercorales compliquées, qui après l'intervention devaient devenir de simples fistules non stercorales, ce qui d'ailleurs a été prouvé par les expériences de Thiry. D'autres indications étaient fournies par les néoplasmes inopérables et par les lésions ulcéreuses chroniques de l'intestin, ici ce qui donnait une influence heureuse au pronostic de l'opération, c'est que celle-ci supprimait pour les parties malades le contact des parties irritantes de l'intestin.

Mais plusieurs questions se posent ; si l'exclusion de l'intestin paraît très réalisable, lorsqu'il existe une large fistule qui permet aux liquides de la portion intestinale exclue de se déverser au dehors, on est en droit de se demander si en l'absence de toute fistule il n'y a pas des accidents à craindre. C'est le problème que Salzer se posa : il était en effet possible que par suite de la décom-

position des matières intestinales emprisonnées dans l'anse exclue, il se produise une intoxication ou encore une ulcération de l'intestin due à la stagnation des matières, suivie d'une péritonite, ou même la transformation de l'anse en une sorte de kyste susceptible de se rompre. Salzer considérant comme très douteux le succès de la darmausschaltung, d'après les procédés de Thierry et Vella, fit de nouvelles expériences sur les animaux, dans lesquelles il se proposa de fermer complètement le morceau d'intestin coupé, opération qui *a priori* paraît fort dangereuse.

Voici les résultats obtenus par Salzer :

Un certain nombre de chiens ont paru n'éprouver aucun trouble à la suite de cette opération. D'autres tentatives donnèrent de mauvais résultats. Chez un chien tué deux mois après l'opération, Salzer trouva la partie du colon ascendant qui avait été exclue, absolument comblée d'une masse liquide. Bien que les symptômes péritonéaux manquassent, il existait plusieurs érosions de la muqueuse.

Un autre animal d'expérience, chez lequel, pas plus que dans le cas précédent, le morceau exclu n'était resté propre, demeura en parfaite bonne santé. Le chien ayant été tué neuf mois plus tard, on trouva le morceau d'iléon exclu qui avait 26 centimètres de long, en forme de boudin, complètement recroquevillé, si bien que la section transversale ne laissait voir presque aucune lumière. Il n'y avait qu'une petite quantité de détritux épithéliaux. La paroi intestinale était saine.

Chez un troisième chien fort gros, 40 centimètres d'iléon et de colon avaient été exclus. L'animal fut tué dix mois plus tard (il ne présentait aucun symptôme de maladie). L'intestin exclu était changé en une tumeur absolument aplanie, à parois épaisses, et à l'ouverture de laquelle on trouva une grande quantité de matière grisâtre.

Salzer se fondant sur ces expériences, en arriva à cette idée : que chez un animal sain et bien soigné l'exclusion intestinale n'est pas absolument dangereuse, alors même que le morceau d'intestin coupé serait rempli de matières fécales, néanmoins il ne conseillait pas l'emploi de cette méthode chez l'homme. Selon lui, il fallait se défier de l'exclusion de l'intestin avec occlusion complète de l'anse exclue. Par contre il recommande l'exclusion de l'intestin avec établissement d'une fistule au niveau du bout inférieur de l'anse exclue. Dans certains cas cependant il admet que l'occlusion complète de l'anse exclue peut être pratiquée, sans déterminer le moindre trouble dans la santé de l'animal. Toutefois, Salzer conseille de ne recourir à cette opération que s'il existe une ouverture faisant communiquer l'anse exclue avec l'extérieur ou avec la vessie, ou avec une poche purulente. C'est ainsi que Salzer (1) fut amené en 1891 au vingtième congrès de la Société allemande de chirurgie à proposer l'opération qui porte son nom.

(1) Salzer. Ein Vorschlag zur modification der Entéro-anastomose durch völlige Ausschaltung des Kranken Darmtheiles. Verhandh. d. deutsch. Gesellsch. f. chir. 1891.

Reichel comme Salzer trouva dans une exclusion intestinale (ringforming) le morceau exclu plein d'une grande quantité d'épaisse sécrétion des glandes intestinales.

Klecki (de Cracovie) (1) a institué différentes expériences sur l'exclusion intestinale et en est arrivé à cette conclusion : que le contenu des anses exclues est formé de matières fécaloïdes mélangées à des gaz et que ce contenu est beaucoup plus abondant lorsque la paroi intestinale présente des lésions pathologiques et lorsque l'antisepsie de la lumière intestinale n'a pas été suffisante.

Lorsqu'il nettoyait mécaniquement l'intestin grêle, lorsque surtout il le remplissait du suc intestinal de l'animal lui-même, il ne se produisait qu'un peu de matières fécales.

Klecki voulait surtout attirer l'attention des chirurgiens sur ce fait qu'il avait remarqué chez l'animal, à savoir que après l'exclusion il se fait des adhérences péritonéales qui compriment directement les vaisseaux mésentériques de l'anse exclue et que par là des troubles circulatoires peuvent être produits.

Se basant sur ce fait Klecki concluait que chez l'homme, l'exclusion intestinale n'est que rarement à employer.

*Opérations.* — Cependant les idées de Salzer ne tardèrent pas à être appliquées chez l'homme.

(1) (Klecki. Przegląd lekarski 1893 n° 34 et 35).

Hochenegg (1) pratiqua l'exclusion de l'intestin chez un malade de la clinique d'Albert, atteint d'un carcinome de cœcum,

Rudolph Franck (2) fait la même opération dans un cas d'inflammation chronique de l'iléon et du cœcum avec rétrécissements multiples de l'intestin; il exclut un mètre d'intestin.

Dans cette opération comme dans celle de Hochenegg on laissa ouvertes, fixées dans la plaie abdominale les deux extrémités de l'anse exclue. Les opérés ont guéri.

Von Eiselsberg (3) pratiqua l'exclusion de l'intestin chez une jeune fille de quinze ans atteinte d'une large fistule cœcale entourée de tissus indurés. Von Eiselsberg considérant qu'il existait une large fistule stercorale ferma les deux extrémités de l'anse exclue. La malade guérit et la fistule ne donna plus lieu qu'à un écoulement imperceptible.

Von Baracz (4) dans une opération fit l'exclusion complète de l'anse exclue, et la guérison fut complète.

(1) (Hoherregg. Ein Beitrag zur Cœcal chirurgie und zur iléocolostomie. Wien. Klin. Wochensch. 1891. N° 53).

(2) Einige Darmoperationen mit Bemerkungen über die Darmnaht Wien. Klin. Wochensch. 1892 n° 27)

(3) ( Von Eiselsberg. zur Casuistik der Darmausschaltung. Wien. Klin. Wochensch. 1893, n° 8).

(4) ( Von Baracz. Ueber die totale Darmausschaltung und ueber die Verwendbarkeit der Kohrbrühen. Platten bei Herolostomie. Cens. Bl. f. chir. 1893 n° 27)

L'exclusion partielle de l'intestin a été généralement acceptée par les chirurgiens allemands. Indépendamment des observations de Hochenegg (1891), Franck (1892), Von Eiselsberg (1893) elle a été pratiquée par Obalinski, Korte, Funke, Narath, Von Erlach, Von Eiselsberg (3 nouveaux cas) Bier (3 cas), Ulmann (2 cas, Wiesinger, ce qui constitue un total de 17 observations, réunies par Heydenreich.

L'exclusion totale de l'intestin a soulevé bien plus de défiances. Les seules observations que Heydenreich a pu réunir sont celles de Von Baracz, citées plus haut, et celles d'Obalinski, de Friele et de Wiésinger, ce qui fait un total de 4 observations.

L'opération a d'ailleurs été rarement pratiquée.

Von Eiselsberg en a réuni 37 observations, auxquelles il faut ajouter les cas de Kummer et de Lavise.

En France l'opération est exposée par Heydenreich, par Jeannel, par Lardennois, par Guinard, par le Dentu, mais ainsi que l'a dit ce dernier, l'opération dont la priorité appartient incontestablement à Trendelenburg, mais que Salzer par ses études consciencieuses et répétées, par ses nombreuses recherches expérimentales, a fait sienne, l'opération de Salzer paraît avoir peu frappé les esprits.

---

## TECHNIQUE OPÉRATOIRE

On a vu plus haut par quelles séries de tâtonnements et d'essais on est arrivé à instituer une nouvelle opération destinée à remédier aux inconvénients de certaines interventions jusque-là seules employées, à remplacer certaines autres lorsque celles-ci sont jugées impossibles. C'est ainsi qu'à côté de l'entérotomie, de l'entérectomie, de l'entéro-anastomose, est venue se placer l'exclusion. En quoi consiste donc cette opération ?

Elle est définie par Guinard de la façon suivante : « Dans cette opération, on se propose, en présence d'un obstacle au cours des matières, de rétablir la circulation intestinale sans toucher à cet obstacle. Pour cela, on sectionne l'intestin au-dessus et au-dessous du mal et on réunit le bout central ou supérieur au bout périphérique ou inférieur. Il reste alors un segment intestinal malade complètement séparé du circuit intestinal. C'est ce segment qui est exclu et dans lequel les matières intestinales ne passent plus. Si ce segment exclu est abso-

lument clos de toutes parts, on dit que l'exclusion est totale, et s'il communique avec l'extérieur par un orifice accidentelle, par une fistule pyo-stercorale ou par un anus artificiel ou contre nature, on dit que l'exclusion est partielle. A ces expressions d'exclusion totale et partielle adoptées par les Allemands, Guinard oppose avec raison les expressions de fermée et d'ouverte.

Nous allons voir par la suite que ces expressions sont justifiées.

Un premier temps de l'opération est donc de sectionner au-dessus et au-dessous du mal. On se trouve alors en présence de quatre orifices :

*Rétablissement du circuit intestinal.* — Il s'agit tout d'abord de rétablir le cours des matières, de rétablir le circuit intestinal ; ici le manuel opératoire différera suivant les circonstances.

A) Il peut, en effet, arriver qu'après le premier temps de l'opération, on réussit à rapprocher facilement le bout pylorique du bout anal (on entend par bout pylorique celui qui amène les matières de l'estomac et par bout anal celui qui les dirige du côté du rectum). Dans ce cas plusieurs procédés sont possibles.

1) *Anastomose latérale.* — Dans ce premier procédé, on ferme séparément et complètement le bout pylorique et le bout anal ; cela fait, on anastomose une anse de segment pylorique avec le segment anal en un point plus

ou moins éloigné des surfaces de section. Il reste en amont de la nouvelle bouche anastomotique deux culs de sac, deux sortes de cœcum ou d'appendices plus ou moins longs.

2) *Anastomose termino-latérale.* — Dans ce deuxième procédé, on ferme le bout anal et on implante directement le bout pylorique sur une face latérale du segment anal. Il ne reste qu'un cul de sac en amont de l'embouchement, au lieu de deux, comme dans le cas précédent.

3) *Anastomose termino-terminale.* — Dans ce troisième procédé, on abouche bout à bout les deux extrémités. C'est là le procédé idéal, mais il faut, pour qu'il soit possible, qu'il y ait plusieurs conditions réunies : le rapprochement des deux bouts doit se faire sans le moindre tiraillement ; les deux bouts à anastomoser doivent avoir un calibre sensiblement égal ; il est évident que ces conditions sont réalisées uniquement lorsqu'il s'agit de l'intestin grêle seul ; or le plus souvent il s'agit de faire communiquer le gros intestin avec l'intestin grêle.

Mais il faut remarquer que, dans ce dernier cas, l'embouchement bout à bout est cependant possible parce que le segment pylorique est en général dilaté et le bout anal présente une lumière diminuée de calibre, ce qui compense l'inégalité des deux segments à réunir.

B) Mais il peut arriver qu'il soit impossible de réunir

le bout pylorique au bout anal, les deux bouts ne peuvent être rapprochés. Dans ce cas encore plusieurs procédés sont possibles :

1) *Anastomose latérale.* — Ce procédé est celui que nous avons indiqué plus haut : c'est le premier mode de la catégorie précédente, c'est-à-dire qu'on fait une anastomose latérale. Mais si la brièveté du mésentère ou du mésocolon s'oppose à ce que cette anastomose se fasse très près des orifices de section, il reste deux longs diverticules, ce qui constitue une complication à laquelle on remédie par l'un des deux procédés suivants :

2) *Anastomose récurrente.* — Von Eiselsberg a exécuté sur différents animaux une opération qui consiste à aboucher le bout supérieur ou pylorique avec le colon descendant et le bout inférieur avec le rectum, renversant ainsi le cours des matières qui se fait à rebours dans tous les colons, la valvule de Bauhin devant être franchie en sens inverse du cours normal. — Des signes de sténose ont été notés à la suite de cette opération.

Nicoladoni s'est ingénié à détruire la valvule de Bauhin avant de faire « l'abouchement récurrent », le « reversal of intestine ». Il se servit pour cela d'un « instrument en corne (Kortang en hollandais, tang-tisonnier) destiné à « anéantir la valvule et par conséquent à éviter qu'elle ne soit nuisible. »

(Von Eiselsberg, *Mémoire en Hollandais.*)

3) *Entéroplastie*. — Ce procédé consiste à prendre une anse d'intestin grêle, à en sectionner une longueur suffisante pour qu'en suturant ses extrémités aux deux bouts pylorique et anal on arrive à combler légèrement et sans aucun tiraillement la perte de substance : c'est l'entéroplastie.

*Segment exclu*. — Il faut maintenant s'occuper de la portion exclue. Nous avons déjà vu que deux méthodes se trouvent en présence : l'exclusion de l'intestin avec établissement d'une fistule et l'exclusion de l'intestin avec occlusion complète de l'anse exclue.

Nous allons nous occuper successivement de l'une et de l'autre de ces méthodes.

1) *Exclusion partielle*. — L'exclusion partielle ou ouverte est caractérisée par l'existence d'une fistule faisant communiquer la partie malade avec l'extérieur. Mais il existe différents procédés de formation de fistule, procédés que nous allons passer en revue.

a) Les deux bouts sont fixés et s'ouvrent librement à la peau. (Hochenegg, Frank, Narath, Obalinski, von Eiselsberg), soit sur la ligne médiane, soit l'un sur la ligne médiane, et l'autre latéralement, soit les deux latéralement, le point d'abouchement étant commandé par la situation de l'anse exclue. Les deux bouts peuvent être accolés en canon de fusil, mais si cette disposition n'est pas possible par suite des adhérences ou pour toute autre cause, les deux bouts peuvent être fixés à la peau

en deux points plus ou moins éloignés l'un de l'autre. Ce détail opératoire est de peu d'importance ; ce qui est important c'est que l'anse vienne s'ouvrir à la peau, par chacun de ses bouts, permettant ainsi à la matière secrétée de s'écouler au dehors.

b) Un des bouts est ouvert à la peau, c'est par exemple le bout distal qui est fixé à la peau pendant que le bout proximal est enfoui dans la cavité abdominale (von Eiselsberg), mais ce procédé présente un inconvénient : s'il s'agit par exemple d'un néoplasme il se forme entre la tumeur et l'orifice proximal une cavité pour ainsi dire, dont les liquides ne peuvent s'écouler que très difficilement par l'orifice cutané, par suite de l'obstacle apporté par la tumeur elle-même, il s'en suit que le bout proximal est distendu par les produits sécrétés par l'intestin.

Il est évident que l'opération qui consiste à fixer le bout proximal à la peau et à enfoncer le bout distal dans la cavité abdominale présente les mêmes inconvénients.

(Von Erlarch. Korte. Wiesingen.)

c) Les deux bouts sont réduits dans l'abdomen et on ouvre à la peau la partie intermédiaire.

Cette opération comprend la suture et l'aveuglement des bouts distal et proximal du morceau exclu chacun de son côté et l'établissement ultérieur d'une nouvelle fistule, au milieu de la partie exclue au point où la paroi intestinale normale est le plus facile à suturer (Von Eiselsberg).

On peut utiliser une fistule spontanée existant antérieurement. Quand aux extrémités réduites dans la cavité abdominale, voici comment elles peuvent être traitées :

1) Chaque bout de la partie exclue est suturé et aveuglé de son côté, le morceau exclu a la forme d'une saucisse (Von Eiselsberg).

2) Le bout proximal est abouché et suturé avec le bout distal de l'anse coupée de sorte qu'un anneau intestinal est formé; le morceau exclu a la forme d'un anneau (Von Eiselsberg).

2) *Exclusion totale.*— L'exclusion totale ou fermée peut être définie simplement. C'est l'exclusion intestinale avec isolement complet et abandon du morceau exclu (Funke, Von Baracz, Obalinski, Friele, Wiesinger).

Comme nous l'avons indiqué plus haut, on peut seconduire différemment vis-à-vis des extrémités du morceau exclu, ou bien les deux bouts sont fermés séparément et réduit dans l'abdomen, et la tumeur reste intermédiaire à deux cavités closes dans la profondeur et communiquant par le goulet néoplasique l'une avec l'autre, ou bien les deux bouts sont suturés directement l'un à l'autre, c'est l'anneau dont la tumeur forme le chaton (Guinard). Cette dernière manœuvre a l'avantage s'il existe un néoplasme ayant rendu l'intestin imperméable de ne créer qu'une cavité et de n'exiger qu'une seule suture.

## DISCUSSION DES PROCÉDÉS

Il est permis de se demander quelle est des deux méthodes, de l'exclusion partielle ou de l'exclusion totale, celle qui permet avec le plus de sûreté d'atteindre le but qu'on se propose par une telle opération.

Quelle est en un mot de ces deux méthodes celle qu'on doit adopter ?

Pour cela nous allons étudier les résultats obtenus par les différentes observations :

1) *Exclusion partielle.*— Cette opération qui consiste à laisser l'anse sequestrée ouverte et attachée à la peau par une petite fistule, cette opération a donné de bons résultats et avec moins de risques que l'entérectomie, dans l'anus contre nature et dans les lésions inflammatoires ou bacillaires et dans le cancer. Quelquefois même la régression de la tumeur fut assez marquée pour encourager l'opérateur à intervenir de nouveau et à tenter la résection.

C'est ce que nous montrent les observations suivantes :

*Observation I.*— Hochenegg (Ein Beitrag zur cœcalechirurgie und zur ilæo-colostomie-Wien, Klin. Wochensh. 1891, n° 53.)

Chez un malade de la clinique d'Albert atteint de manifestations de la pérityphlite chronique ; manifestations qui étaient telles qu'on était en droit de penser à un cancer ; Hochenegg pratiqua l'exclusion, les 2 extrémités de l'anse exclu furent laissées ouvertes et furent fixées à la plaie abdominale — guérison.

*Obs. II.*— Rudolph Franck, Einige Darin, operationem mit Bemerkungen uber die Darmnaht, Wien. Klin. Wochensh, 1892, n° 27.)

Il s'agissait d'une inflammation chronique de l'iléon et du cœcum avec rétrécissements multiples de l'intestin. L'opérateur se décida à exclure 1 mètre d'intestin ; l'exclusion fut partielle en ce sens que les deux extrémités du morceau exclu furent ouverts à la peau. Le malade guérit.

*Obs. III.*— Von Eiselberg zur Casuistik der Darmausschaltung. Wien. Klin. Wochensh, 1893, n° 8.)

Il s'agissait d'une jeune fille de quinze ans atteinte d'une fistule cœcale entourée de tissus indurés. Von Eiselberg considérant qu'il existait une large fistule stercorale voulut utiliser celle-ci et ferma les deux extrémités de l'anse exclue. La malade guérit et la fistule ne donna plus lieu qu'à un écoulement imperceptible.

*Obs. VI.* — Von Eiselsberg, Wiener. Klin. Wochers, 1895, p. 201.— Arch. f. Klin. Chir. 1891. 12<sup>e</sup> congrès internat. des soc. med. de Moscou 1897.— In thèse Lardennois.

Carcinome du cœcum et du colon ascendant, signes de sté-

nose, violentes douleurs, empiètement sur une anse de l'iléon d'où impossibilité de l'extirpation. Exclusion du cœcum et de l'anse d'iléon sous-jacente.

Il s'agit d'une femme de 27 ans mère de trois enfants. Depuis le deuxième accouchement elle a des crises de coliques dans la région cœcale revenant 2 ou 3 fois par jour. Depuis le troisième (octobre 1891) elles sont à la fois plus vives, plus fréquentes et plus durables, s'exaspérant après les repas, rendant, la nuit, tout sommeil impossible. Constipation opiniâtre. Entre à la clinique d'Utrecht en mai 1894. On constate une tumeur plus grosse que le poing au niveau du cœcum, dure, inégale, elle est très sensible à la pression. Après force laxatifs et lavements, laparotomie le 5 juin 1894. On voit une tumeur carcinomateuse du cœcum s'étendant largement sur le colon ascendant, adhérente aux parois pélviques, à la portion terminale de l'iléon et à l'ovaire droit. Elle est très difficilement mobilisable. Etant donné 1) l'état très affaibli de la malade, 2) le nombre des adhérences faisant craindre des hémorrhagies, on se résigne à ne faire que l'exclusion par la méthode de Salzer.

On comprime l'iléon en amont des adhérences et on le sectionne ; on abouche l'iléon sain à la partie supérieure du colon ascendant en excluant la tumeur, par la suture de Woelfler, après avoir coupé l'iléon sur son bord adhérent pour agrandir sa lumière et pouvoir l'adapter à celle du colon. On ne peut aboucher les deux bouts du segment iléo-colique, exclu à la plaie ; on les ferme après avoir fixé à la paroi une partie de la paroi antérieure du colon exclu, partie saine et qu'on amenait facilement à la plaie.

Deux jours après des symptômes de péritonisme déterminent à ouvrir cette paroi du colon exclu, immédiatement les phénomènes péritonéaux disparaissent.

Résultats : plus de douleurs, bon appétit, selles régulières et faciles. Au début la fistule laisse couler régulièrement des débris cancéreux dans une sécrétion séreuse, plus tard l'écoulement se tarit.

Mort le 12 mai 1895, par suite des progrès de la tumeur qui finit par sortir par la fistule et par localisations métastatiques dans le sternum, le poumon, le foie, comme le montre l'autopsie.

Dans ce cas l'exclusion intestinale obtint un plein succès.

Les douleurs violentes disparurent totalement et subitement, de même que les symptômes de sténose. La malade put être envoyée chez elle et continua à se trouver bien. Pourtant la carcinose continua à s'accroître mais sans produire le moins du monde de symptômes de sténose, alors même qu'il se développait au dehors sous forme de masse fongueuse. Les selles demeurèrent normales. La nouvelle formation, comme la dissection le montra, empiéta sur la région de la suture iléo-colique sans pourtant oblitérer le passage des matières.

La malade succomba aux métastases carcinomateuses.

*Obs. V.* — Von Eiselsberg (Wiener. Klin. Wochens, 1895)  
Fistule fécale consécutive à la pédiculation intrapéritonéale d'un fibrome utérin, par adhérence d'une anse de l'intestin, exclusion de cette anse.

Il s'agit d'une femme de 54 ans ayant eu 9 couchés, elle avait été opérée dans un hôpital en février 93 pour un fibrome utérin. Le pédicule fut lié avec une sonde de Nélaton, puis enfoncé. Suites opératoires normales. La plaie guérit à l'exception d'une fistule à l'angle inférieur, au niveau de cette fistule une sécrétion purulente ne fut jamais tarie jusqu'à ce qu'un jour il en sortit spontanément une sonde de Nélaton longue de 10 centimètres. En même temps se vida une grande quantité de pus mélangé de matières fécales; à partir de ce jour, la fistule fécale persista, et décida la malade à entrer à l'hôpital en juin 94.

A l'examen, on constate un grand amaigrissement, une faiblesse extrême. Sur la ligne médiane l'abdomen portait une cicatrice opératoire qui dans sa moitié inférieure était déformée par une hernie de la ligne blanche. Le bout infé

rieur situé à environ deux travers de doigt au-dessus de la symphise portait une fistule par où passaient gaz et matières. En présence de ces faits une hypothèse était possible, c'est que pendant l'opération une anse intestinale avait été latéralement serrée par le drain et s'était gangrénée consécutivement; mais cette hypothèse ne pouvait s'accorder avec ce fait que la fistule intestinale était survenue brusquement seulement une année après l'opération; Il est probable que c'est secondairement à une exacerbation aiguë d'une inflammation chronique attribuable au corps étranger que ceci se passa et que fut faite la perforation intestinale.

Opération 6 jours après l'entrée à l'hôpital : tamponnement soigneux de la fistule fécale au moyen d'une mèche iodoformée — excision de la fistule — suture au-dessus de la mèche iodoformée pour empêcher l'infection possible du péritoine pendant l'opération. Incision médiane du péritoine allant jusqu'à l'ombilic.

On trouva alors ce qui suit : Le canal fistuleux transformé en un cordon dur par la mèche iodoformée descendait de la profondeur du petit bassin à peu près à la place de l'utérus (de ce dernier on ne voyait qu'une corne) et il aboutissait à une anse de l'intestin grêle fixée à cet endroit et appartenant à la partie inférieure de l'iléon. L'iléon même était en cet endroit envahi sur une plus grande étendue par des masses cicatricielles. L'S iliaque immédiatement sous-jacente était fixée à cette masse.

On retira la mèche iodoformée introduite de la fistule et on introduisit une longue sonde qui aboutissait facilement aux deux côtés de l'anse intestinale. Par conséquent l'obligation s'imposait d'extirper cette anse de l'iléon, cause de la fistule, ou tout au moins de l'exclure.

Le premier procédé ne parut pas favorable eu égard aux nombreuses adhérences de l'anse iléale avec le petit bassin.

On mit donc absolument de côté l'extirpation de l'anse

adhérente. Les deux bouts qui y arrivaient et en partaient furent comprimés avec des compresses, et sectionnés. Puis la continuité du tube intestinal fut rétablie par suture de la section proximale du bout arrivant avec la section distale du bout partant. Le morceau d'intestin exclu fut suturé à lui-même en forme d'anneau. Amener au dehors l'un des deux ou les deux bouts de l'anse exclue était impossible, étant donnée la profondeur de la région opératoire (petit bassin). La vieille fistule qui avait été laissée ouverte devait suffire à l'écoulement des sécrétions intestinales — la fistule fut seulement remplie légèrement de gaze iodoformée, un drain y fut laissé. Puis on pratiqua la cure radicale de la hernie et la paroi abdominale fut suturée en trois étages. (Hormis le trajet fistuleux).

Le lendemain l'état de l'opérée fut inquiétant — douleurs au niveau de la plaie — pouls fréquent — langue sèche (température normale) léger météorisme — pas de gaz — vive coloration du visage comme cela s'observe concurremment aux péritonites septiques.

Administration d'huile de ricin — qui détermina une évacuation intestinale et des gaz — mais des gaz et des matières fécales se vidèrent aussi par la fistule que l'on pouvait considérer comme sûrement exclue.

Les symptômes généraux menaçants s'améliorent après l'administration régulière de purgations et de lavements.

Néanmoins la malade continuait à vider par l'ancienne fistule gaz et matières et dans les premiers jours plus abondamment qu'avant l'opération.

Le cours de la maladie fut encore compliquée d'une pneumonie hypostatique dont l'issue fut heureuse.

Un petit abcès développé au milieu de la plaie guérit rapidement après incision.

Lorsque six semaines après l'opération la malade quitta l'hôpital, la plaie était à peu près complètement guérie.

La vieille fistule demeurait comme auparavant, des matières fécales en sortaient encore, mais moins qu'avant l'opération.

La sécrétion fécale cessa peu à peu et tarit à plusieurs reprises pendant 8 à 10 jours. Pendant ce temps il se faisait un petit suintement purulent, de temps à autre le pus coulait épais.

Un an après l'opération la fistule fécale parut complètement guérie. Pourtant après une injection de lait dans le rectum, il s'en trouva quelques gouttes dans la fistule.

Seize mois après l'opération la fistule restait souvent de 10 à 15 jours sans échapper ni matières, ni gaz et dans l'intervalle n'en laissait échapper que fort peu.

Dix-huit mois après l'opération, l'état général devient mauvais, de fréquentes coliques jointes à la constipation, deviennent très douloureuses pour la malade. La hernie abdominale datant de l'hystérectomie s'était réformée. La sécrétion fécale de la fistule avait un peu augmentée.

Nouvelle opération le 24 janvier 1896. Latéralement à la fistule le péritoine fut ouvert par une incision longitudinale. L'on trouva aussitôt la partie d'intestin grêle exclue et suturée en anneau absolument remplie, et les parois néo-croisées en quelques points.

Le milieu de l'S iliaque était uni au sommet de l'anneau intestinal sur une surface grosse comme un pois et était à ce niveau un peu déformée. Cette adhérence fut détruite, et le gros intestin qui était ouvert par là même fut suturé perpendiculairement à l'axe longitudinal.

Mais comme une seconde partie du gros intestin situé beaucoup plus bas (elle appartenait déjà à la limite du rectum) était adhérente à l'anneau intestinal (lequel était en partie descendu profondément dans le petit bassin), il parut nécessaire de diviser cet anneau très tendu — ce qu'on fit sur un plan horizontal, de telle sorte qu'ainsi furent créés un demi-anneau supérieur, un demi-anneau inférieur (4 lumières intestinales). Quand on la coupa, il s'échappa une matière claire, purulente, fétide, qui à l'examen microscopique semblait totalement différent du contenu de l'intestin grêle.

Alors seulement on put voir clairement les rapports. La partie supérieure du rectum était adhérente au demi-anneau inférieur. Cette adhérence fut coupée, l'incision longitudinale de 2 centimètres qui fut faite par là même dans l'intestin fut suturée aussitôt.

A ce moment on fut obligé d'arrêter l'opération en raison de l'état de la malade très voisin du collapsus : le demi-anneau supérieur et inférieur furent suspendus à la paroi abdominale (4 lumières appartenant à l'intestin exclu), et la paroi abdominale fut refermée.

La malade après son réveil resta faible, le soir elle eut quelques vomissements et mourut subitement 12 heures après l'opération.

*Autopsie.* — Début de péritonite. Les deux sutures du gros intestin étaient solides. Le demi-anneau supérieur était en communication latéralement avec une cavité grosse comme un œuf de pigeon (l'ancienne cavité de l'abcès), dans laquelle s'abouchaient 5 fistules intestinales. Toutes les fistules appartenaient au gros intestin et paraissaient avoir adhéré latéralement à la cavité de l'abcès et s'être perforé à son niveau. La grandeur de la perforation variait de celle d'une tête d'épingle à celle d'un tuyau de plume. Les bords étaient plats et non durés.

En outre plusieurs autres anses de l'intestin grêle adhéraient les unes aux autres. Ces adhérences avaient déjà autrefois augmenté la difficulté de l'exclusion intestinale.

La moitié inférieure du demi-anneau était intimement unie avec la corne utérine. —

L'ovaire gauche était conservé, le droit manquait. La mort paraissait due à la péritonite.

Ce cas, dit Eiselsberg, qui le commente, offre un intérêt particulier en ce sens que les causes des complications ne peuvent être bien démêlées qu'après coup. Ce fut consécutivement à la ligature de la corne utérine que

survint la fistule fécale et cela à cause de la sonde de Nélaton laissée dans la cavité abdominale. Comme cette sonde conduisait sur une anse de l'intestin grêle presque complètement englobée par des adhérences au petit bassin, on put admettre que celle-ci était l'unique cause de la fistule fécale et l'exclure pour la suturer ensuite en anneau. On avait bien remarqué durant l'opération que l'S iliaque était fixé à la masse indurée par une petite partie de sa paroi. Pourtant la sonde ne conduisait que dans l'intestin grêle et ne permettait pas de passer par l'S iliaque, si bien qu'on admit que ce lien était plein (et non creux).

Comme peu de temps après l'opération il vint une grande quantité de matières fécales, mais que peu à peu cette sécrétion diminua et de temps à autre cessa complètement dans des périodes variant de 10 à 14 jours on pouvait penser que cette sécrétion fécale, d'abord continue, plus tard survenant de temps à autre, provenait de l'anse exclue, comme cela a été observé par Obalinski, Korte et Eiselsberg.

Mais comme un an après l'opération on retrouva dans la fistule abdominale quelques gouttes d'une injection de lait poussée par le rectum, il fallut bien admettre l'existence d'une fistule si petite qu'elle soit communiquant avec le canal intestinal (S iliaque).

La seconde laparotomie montra de nombreuses adhérences avec perforations des anses intestinales entre elles, de même que des adhérences de l'S iliaque avec le morceau exclu.

Certainement au moment de l'exclusion intestinale (juin 1894), il n'existait que la communication entre le rectum et la partie d'intestin grêle exclue. C'est seulement à la suite et vraisemblablement après la poussée de péritonite locale que se créa l'adhérence de l'S iliaque avec l'anse exclue.

Indépendamment des observations citées plus haut, l'exclusion partielle de l'intestin a été pratiquée par Obalinski, Korte, Funke, Narath, von Erlach, Bier (3 cas), Ulmann (2 cas), Wiesinger.

Une opération qui présente de l'analogie avec les précédentes a été exécutée par von Eiseilsberg (Néderl-Tijdschr. v. Geneesk 1896, n° 8, cité par Heidenreich).

C'est l'exclusion du pylore dans des cas de cancer inopérable dans cette région. Von Eiselsberg sectionna l'estomac au voisinage de la tumeur pylorique, referma isolément les deux sections et termina par la gastro-entérostomie.

Bien que cette modification opératoire complique et allonge l'intervention, von Eiselsberg la recommande, parce qu'elle a l'avantage de soustraire le néoplasme à l'irritation produite par le chyme.

Ainsi donc, en général, comme le montrent les observations précédentes, l'exclusion partielle donne d'excellents résultats.

Le Dentu a du reste indiqué les résultats obtenus :

a) Au point de vue de la mortalité.

Narath. . . . . 15 cas 1 mort

Von Eiseilsberg (Congrès de Moscou) 12 cas 2 morts  
opératoires (1 mort avec survie de dix-huit mois).

b) Au point de vue fonctionnel.

En général, l'écoulement cesse par la fistule. Dans quelques cas, il y a eu reprise de l'écoulement fécal. Von Eiseilsberg pense que parfois il y a amincissement de la paroi qui s'est formée entre la partie exclue et les anses voisines, peut-être il y a-t-il ulcérations secondaires et abouchement des deux intestins.

Quand il n'y a pas de néoplasme sur la partie exclue, l'écoulement du liquide intestinal tend à se tarir peu à peu.

Quand il existe un néoplasme, on voit persister quelque temps par la fistule un écoulement ichoreux et fétide, parfois même il persiste au pourtour de l'orifice cutané des clapiers purulents. Toutefois à la longue cet état s'améliore. On peut hâter cette amélioration en faisant dans l'anse des lavages appropriés.

Ordinairement la conséquence ultime de l'opération est une fistule donnant un écoulement modéré de liquide.

A ce degré l'infirmité est aisément supportable.

II) *Exclusion totale.* — Cette opération qui consiste à abandonner les deux bouts suturés séparément, ou à unir les deux extrémités en anneau, cette opération a l'avantage, lorsqu'il existe un néoplasme ayant rendu

l'intestin imperméable de ne créer qu'une cavité et de n'exiger qu'une seule suture. Les partisans de ce procédé ont bien fait ressortir les deux points qui font la supériorité du procédé : d'un côté on évite la longue existence d'une fistule intestinale et d'un autre côté on met à l'abri d'une seconde opération éventuelle.

Le mérite d'avoir pratiqué pour la première fois, et avec succès, chez l'homme, l'exclusion complète de l'intestin, avec fermeture des deux bouts du segment exclu revient à Von Baracz. Après lui, plusieurs observations analogues ont été publiées de différents côtés ; elles ont été réunies dans le mémoire de Albert Narath. Depuis, cette opération a été renouvelée chez l'homme 11 fois, par von Eiseilsberg (1896 1898), Frieb (1895), Keetley (1896) et par Obalinsky (1897).

Il faut reconnaître que cet accueil favorable était dû aux beaux résultats obtenus par les premiers opérateurs ; résultats que font apprécier les observations suivantes réunies par Heydenreich (1).

*Observation I.* — Von Baracz, de Lemberg. Ueber die totale Darmausschaltung und uber die Verwendbarkeit der Hohbrühen. Platten bei Herolostomie. — Cent. Bl. für Chir. 1893, n° 27.

Il s'agissait d'un jeune homme de 19 ans chez lequel on avait diagnostiqué une tumeur maligne du cœcum.

Von Baracz se proposait de réséquer le cœcum et les

(1) Heydenreich. — Semaine médicale 10 février 1897. L'exclusion de l'intestin.

parties avoisinantes du colon ascendant et de l'iléon. Mais au cours de l'opération, après qu'il eût sectionné l'iléon et le colon ascendant de manière à isoler la partie malade, il rencontra de telles difficultés dans l'extirpation de cette partie, qu'il dût se décider à la laisser en place.

Il pratiqua alors l'occlusion des deux extrémités de cette anse malade. Puis il rétablit la continuité de l'intestin en abouchant le bout supérieur de l'iléon avec le bout inférieur du colon. Cet abouchement fut fait latéralement après occlusion de l'extrémité terminale de chacun des deux bouts : Il fut pratiqué suivant la méthode de Senn, avec cette différence que les plaques d'os décalcifié furent remplacées par des tranches de chou rave.

L'opéré guérit parfaitement ; onze mois après l'intervention sa santé restée bonne. L'anse exclue mesurait plus de 0<sup>m</sup>30 centim. de longueur.

Il est à remarquer qu'au cours de l'opération, le diagnostic parut devoir être modifié : l'iléon était invaginé dans le cœcum et lui adhérait intimement. Une tuméfaction occupait la paroi postérieure du cœcum. A la suite de l'intervention la palpation du ventre permit de constater la disparition progressive de cette tuméfaction, d'où Von Baracz conclut qu'il s'agissait non pas d'un néoplasme malin, mais d'une simple invagination avec phénomènes inflammatoires.

Von Baracz tira de son observation les conclusions suivantes : chez l'homme le cœcum sur lequel on a pratiqué l'occlusion totale, ne donne pas lieu à la production de matières, ou n'en produit que fort peu. L'exclusion de cette portion intestinale avec occlusion complète, n'est aucunement dangereuse et l'on n'a pas à craindre la perforation de l'intestin par suite d'une accumulation de matières.

L'exclusion de l'intestin avec occlusion complète de l'anse exclue est indiquée dans les cas d'occlusion intestinale, due à une invagination chronique, ou à une tumeur maligne de l'intestin, lorsque la résection est impossible par suite d'adhérences ou à cause du volume du néoplasme. Cette opération a relativement à l'exclusion partielle l'avantage

d'éviter à l'opéré un anus contre nature qui à son tour peut nécessiter une deuxième opération.

*Obs. II.* — Obalinski (de Cracovie). Zur totalem Darmausschaltung. Centr. Bl. f. Klin. 1894. N° 49.

Il s'agissait d'une femme de 24 ans, présentant une fistule stercorale provenant du cœcum.

Obalinski réséqua le cœcum ; mais il ne put ensuite rapprocher l'un de l'autre les deux bouts de l'intestin qu'il avait à suturer. Il pouvait, dit-il, prendre deux partis : fermer les deux bouts et établir en un point approprié une entéro-anastomose, ou bien séparer le colon ascendant du colon transverse et réunir bout à bout l'iléon et le colon transverse. Il se décida pour la deuxième alternative et la malade guérit sans accident. Obalinski eut l'occasion de rouvrir le ventre de son opérée 2 ans après et put constater que le segment exclu était réduit à un mince cordon grêle.

*Obs. III.* — Friele (de Bergen). Médizinsk. Rév. déc. 1895.

Ce cas concerne un homme de 64 ans, atteint d'un néoplasme du colon descendant. Dans une première séance Friele établit un anus artificiel sur le colon ascendant. Quelques jours après il fit l'exclusion totale du colon descendant et aboucha le colon transverse avec l'S iliaque. Deux autres opérations furent nécessaires pour la fermeture de l'anus artificiel. Le malade quitta l'hôpital en bon état, 40 jours après l'opération d'exclusion ; mais cinq semaines après il mourait d'occlusion intestinale.

L'autopsie montra que l'étranglement siégeait sur l'intestin grêle. L'anse exclue, longue de 42 centimètres contenait 50 grammes de liquide fécaloïde ; la muqueuse était saine en dehors des parties occupées par la tumeur.

*Obs. IV.* — Wiésinger (de Hambourg). Ein Fall von totalem Darmausschaltung mit totalem occlusion. Münch. Med. Wochensch. 1895. N° 51.

Ce qui différencie cette observation des précédentes c'est qu'ici le chirurgien a pratiqué d'abord l'exclusion partielle avec établissement d'une fistule, et qu'il n'a fermé la fistule qu'ultérieurement.

Il s'agissait d'une femme de 31 ans, présentant des ulcérations de cause inconnue, d'un rétrécissement du gros intestin. Un anus artificiel avait été établi sur le colon descendant sans résultat. Wiesinger sectionna le colon ascendant au-dessus de l'anus artificiel puis l'S iliaque et réunit le bout supérieur du colon ascendant au bout inférieur de l'S iliaque. Quant à l'anse intestinale ainsi isolée, son bout inférieur fut fermé, tandis que le bout supérieur s'ouvrait à la peau. Ultérieurement cette fistule, que le malade refusait de conserver, fut fermée alors que sa sécrétion était presque tarie.

En dépit des succès obtenus dans les cas qui précèdent, l'exclusion totale de l'intestin ne tarda pas à être battue en brèche par les chirurgiens les plus compétents en la matière. Reichel et Hochenegg, le premier se basant sur ses expériences sur les animaux, le second sur l'observation attentive de son cas d'exclusion intestinale, mirent en défiance contre la technique suivie par von Baracz et Obalinski.

D'autres chirurgiens tels que Eiselberg, Narath, Wolfler, émirent également des doutes sur l'innocuité de l'exclusion totale. Von Eiselsberg fit observer que l'observation d'un cas de Funke et d'un autre de lui-même n'est pas en faveur de l'absolutisme de von Baracz. Sans l'ouverture de la « soupape de sûreté » (de von Baracz) les symptômes de péritonite déjà apparents, auraient vraisemblablement augmentés. — Dans ces deux

cas qui ont la valeur d'une expérience, la formation d'une fistule apparaît comme directement nécessaire.

Dans les cas de Funke (1) il s'agit d'un homme de 39 ans, atteint d'une fistule stercorale du cœcum, chez lequel Funke pratiqua l'exclusion du cœcum et des parties avoisinantes de l'iléon et du colon, avec exclusion complète de l'anse exclue. Le troisième jour, le malade ayant eu de la fièvre, le chirurgien ouvrit la fistule, d'où il s'écoula une grande quantité de liquide fécaloïde. A partir de ce moment il ne survint plus aucun accident; mais l'opéré conserva une fistule dont la sécrétion était très faible.

Eiselberg quatre jours après une exclusion totale n'avait sauvé son malade qu'en fistulisant l'anse exclue.

D'ailleurs les objections devinrent de plus en plus nombreuses :

Salzer démontra que les expériences faites sur les animaux sont peu favorables à cette méthode : dans des conditions satisfaisantes, il est possible que les animaux supportent sans accident l'exclusion complète de l'intestin, mais la plupart des animaux chez lesquels l'opération a été tentée ont succombé soit rapidement, soit au bout de quelques semaines ou de quelques mois.

Pour éclairer la question Salzer, en effet, entreprit des expériences sur des chiens sur lesquels il pratiqua

(1) Funke. — Zur Casuistik der Darmansschaltung. — *Prager med. Wochens.* 1895, n<sup>os</sup> 32 et 33.

l'exclusion du cœcum ou des portions avoisinantes du colon ou de l'iléon; en ayant soin de faire l'exclusion complète de l'anse exclue. Celle-ci n'était pas désinfectée, attendu qu'il n'était pas possible chez un opéré de désinfecter complètement une anse malade. Un certain nombre de chiens ont paru n'éprouver aucun trouble à la suite de cette opération. — Chez d'autres, au contraire, après une période de bien-être apparent de plusieurs semaines, des accidents sont survenus qui ont rapidement amené la mort.

L'autopsie de ces animaux a montré que l'anse exclue s'était remplie de matières, s'était dilatée et ulcérée.

D'où la conclusion qu'il faut se défier de l'exclusion de l'intestin avec occlusion complète de l'anse exclue.

Heydenreich fait remarquer que la suture intestinale est plus facile à pratiquer chez l'homme que chez l'animal et par suite le danger d'une rupture des sutures est moindre. Mais la sécrétion intestinale de l'anse exclue reste un danger. — Or, cette sécrétion est quelquefois considérable. — Ainsi des 3 cas dus à Hochenegg, Obalinski et Kœrte, où l'on avait fait l'exclusion de l'intestin avec établissement d'une fistule, il se produisit une sécrétion de mucus et de liquide fécaloïde si abondante que le chirurgien se décida ultérieurement à extirper l'anse exclue.

Dans des cas de ce genre il est évident que l'exclusion totale serait absolument périlleuse. Dans les cas opposés où la sécrétion est minime, l'établissement d'une fistule n'occasionne que peu de gêne à l'opéré et la fis-

tule peut fort bien guérir spontanément. — Il faut ajouter que les coli-bacilles deviennent beaucoup plus violents dans une anse fermée.

En présence de ces arguments :

Obalinski et von Baracz reconnurent un premier point, c'est que l'exclusion totale doit être réservée uniquement au gros intestin ; elle n'est pas applicable à l'intestin grêle dont la sécrétion est trop abondante.

Obalinski fit d'ailleurs remarquer qu'il est possible d'ordinaire d'extirper une anse d'intestin grêle malade et il n'est pas besoin de pratiquer sur elle l'exclusion.

Plus tard les partisans de l'exclusion totale, arrivèrent à reconnaître que l'exclusion totale même limitée au gros intestin, doit être réservée à certains cas.

Von Baracz (1) pose pour cette opération les indications suivantes :

1) L'invagination chronique du gros intestin avec adhérences rendant la résection impossible.

2) La péritonite adhésive chronique avec rétrécissement consécutif de l'intestin dans la région iléo-cœcale, lésion qui rend également la résection impossible.

3) Exceptionnellement comme dans l'observation d'Obalinski on pourra exclure avec occlusion complète, une anse saine du colon.

(1) Von Baracz. — Zur Frage der Berechtigung der totalen Darmausschaltung mit totalen Verschluss des ausgeschalteten Darmstückes. — *Wien. klin. Wochenschr.*, 1895, n° 28.

Obalinski dans une nouvelle publication (1) admet que si l'anse à exclure est atteinte de carcinome, de tuberculose, d'actinomycose, d'ulcérations, il faut laisser le bout supérieur ouvert dans la plaie abdominale et ne fermer la fistule qu'au cas où la sécrétion est minime.

Obalinski est d'avis que même dans les cas où selon lui l'exclusion complète de l'anse exclue est possible, il vaut mieux, par précaution fixer le bout supérieur de l'anse ainsi fermée dans la plaie abdominale. En cas d'accident cela permettrait d'aller facilement à la recherche de l'anse exclue et de l'ouvrir.

Obalinski, du reste, fait remarquer que pour son opération d'exclusion totale, il a eu soin de laisser la cavité péritonéale ouverte pendant huit jours en y maintenant un tampon de gaze stérilisée arrivant jusqu'à l'anse exclue.

Ainsi donc même d'après l'avis des partisans de l'exclusion totale, cette opération n'est admissible que dans un petit nombre de cas et à condition que l'on prit certaines précautions.

Heydenreich envisageant les opérations d'exclusion totale trouva les résultats suivants : — von Baracz a exclu avec succès par une invagination chronique, le cœcum et les parties avoisinantes de l'iléon et du colon ascendant. — Obalinski a exclu une anse du colon ab-

(1) Obalinski. — Noch einmal zur totalen Darmausschaltung mit Wollständigen Verschluss.

bolument saine. — Quatorze mois après l'opération il eut l'occasion de faire une nouvelle laparotomie chez sa malade pour la guérir d'une éventration; l'anse exclue était affaissée et transformée en un mince cordon qui n'adhérait en rien au reste de l'intestin.

« Si ces deux cas, dit Heydenreich, représentent d'incontestables succès, celui de Friele est beaucoup moins probant. Le colon descendant atteint d'un néoplasme avait été exclu et complètement fermé. Le malade mourut d'occlusion intestinale au bout de deux mois et demi et l'on trouva dans l'anse exclue 50 grammes de liquide fécaloïde. La muqueuse était saine en dehors des parties occupées par la tumeur, mais elle était ulcérée au niveau du néoplasme. On est en droit de se demander si des accidents ne seraient pas survenus dans le cas où le malade aurait survécu. — Quant au fait de Wiesinger, il concerne une exclusion totale de l'intestin pratiquée en deux temps : une fistule a été établie et cette fistule a été fermée ultérieurement. Ce cas ne peut donc pas être comparé aux précédents ».

Ces résultats montrent les côtés faibles de l'opération et expliquent comment Von Eiselsberg arriva en 1895 à la conclusion suivante : la formation d'une fistule est plus sûre et alors même qu'elle semble superflue elle est toujours de quelque avantage.

Un argument reste encore. C'est la sécrétion de grandes quantités évacuées par l'anus intestinal, mais cela ne gêne que peu le malade et dans le cas de Narath le malade n'éprouvait presque aucune gêne de ses quatre

fistules dans lesquelles d'ailleurs toute sécrétion se tarit bientôt. De plus le traitement local de la partie exclue est possible par la fistule, fait remarquer Eiselsberg. Enfin des expériences animales de Klecki ont leur signification : Klecki constata que la violence du bactérium-coli s'augmente réellement dans l'intestin fermé. Aussi la conclusion de ces expériences fut celle-ci : alors même que jamais chez l'homme l'exclusion intestinale ne devait aboutir à d'aussi forts engorgements que cela en vint chez l'animal, il n'en est pas moins vrai que le contenu de la partie exclue divisée et attirée au dehors par une fistule offre moins de dangers que fermée hermétiquement et laissée dans la profondeur.

C'est en présence de ces faits, de ces contradictions, que Baracz se décida à entreprendre quelques expériences sur les chiens dans le but de se faire une opinion définitive sur cette importante question (1).

Les résultats de ces opérations ont été rapportés dernièrement par Von Baracz.

Et pour le dire tout de suite ces résultats sont des moins brillants. Sur 17 chiens opérés 2 seulement ont pu survivre plus d'une année à l'intervention.

Ces désastres ont décidé Baracz à proclamer l'exclusion totale de l'intestin, une opération périlleuse entre toutes et absolument inapplicable à l'homme. Les dan-

(1) Roman Von Baracz. De l'exclusion totale de l'intestin. Recherches expérimentales. Langenbeck's archiv. für Klinische chirurgie 1899, vol. LVIII n° 1, p. 120.

gers que présente ce procédé ont été résumés par l'auteur dans les conclusions suivantes :

1) Danger d'infection péritonéale au cours de l'opération, surtout à redouter pendant la désinfection du segment à exclure.

2) Dangers d'occlusion intestinale due à l'engagement d'une anse dans la brèche mésentérique occasionnée par la suppression d'un segment d'intestin.

3) Dangers résultant de l'exclusion elle-même.

a) Gangrène de l'anse exclue consécutive à la torsion possible de son mésentère.

b) Accumulation de sécrétions et de gaz dans l'intérieur du segment exclu et désunions des sutures occlusives des bouts.

c) Lésions de la paroi du cylindre exclu par ulcération, hémorrhagie, gangrène, etc.

Il est absolument impossible d'empêcher les sécrétions de se produire dans la cavité de l'anse exclue ; chez les deux chiens qui ont survécu, et que l'on sacrifia dans le but d'étudier les conséquences de l'opération, Baracz trouva dans l'anse exclue 250 grammes et 365 grammes d'un liquide très analogue à du méconium épais, d'odeur fécaloïde.

D'autre part les parois elles-mêmes avaient subi des modifications importantes, épaissement des tuniques musculaires, état catarrhal chronique de la muqueuse avec production de fausses membranes ; mais il est vrai d'ajouter que ces dernières lésions n'ont été constatées que chez les animaux qui avaient succombé assez rapi-

dement après l'intervention, tandis que les 2 chiens qui ont guéri offraient au niveau de l'anse exclue, des parois normales.

Comme le fait remarquer Guinard, tous ces accidents tiennent en réalité à l'évolution d'un processus de physiologie pathologique générale. Le vase clos constitué par l'occlusion complète de l'anse exclue, contient des micro-organismes nombreux et variés, en particulier du bactérium-coli, qui ont de la tendance, par l'exaltation de leur virulence au début, à infecter le péritoine au travers des parois de l'intestin, à la longue ils perdent toute virulence, mais les toxines qu'ils ont secrétées sont une source constante d'irritation pour la muqueuse, ce qui entretient sa sécrétion.

En présence de ces résultats Von Baracz formula les conclusions suivantes :

1) L'exclusion complète d'une anse d'intestin formée aux deux bouts est une intervention très compliquée, beaucoup plus délicate que l'exclusion partielle avec fistulisation ; ce qui rend cette opération périlleuse, c'est surtout la nécessité de vider et de désinfecter l'anse à exclure, manœuvre au cours de laquelle on risque toujours de souiller le péritoine.

2) L'anse exclue devient le siège d'une sécrétion ordinairement abondante de matières fécaloïdes et qui s'y accumule dès que l'opération est terminée, ce contenu est très riche en micro-organismes, les uns inoffensifs, les autres pathogènes (bactérium coli) ces micro-orga-

nismes produisent des toxines qui irritent la muqueuse et contribuent ainsi à entretenir sa sécrétion.

3) Toutes les fois que l'anse exclue contracte des adhérences avec les anses voisines (ce qu'il est impossible de prévenir) elle devient le siège de troubles circulatoires (ulcérations) qui peuvent avoir pour conséquence le passage des bactéries dans le péritoine et la production d'une péritonite.

4) Bien que l'exclusion totale de l'intestin puisse réussir, il n'en reste pas moins certain qu'elle constitue une intervention très grave chez le chien et qui ne doit pas être tentée chez l'homme. Même en cas de succès il restera la peu rassurante éventualité d'une infection péritonéale par des micro-organismes venus de la cavité de l'anse exclue ; sans parler de la rupture possible de celle-ci sous l'influence des sécrétions accumulées dans son intérieur. Le procédé en deux temps préconisé par Wiéssinger (voir l'observation) ne mérite pas grande confiance non plus, attendu que la fermeture ultérieure de la fistule met l'opéré dans les conditions de l'exclusion totale et l'expose à tous les dangers de celle-ci.

En résumé, von Baracz lui-même condamne absolument sa méthode, et les expériences décrites dans son dernier mémoire justifient pleinement son opinion.

Il faut dire que tel est l'avis de tous les chirurgiens. Guinard dit formellement qu'il faut mettre hors de cause l'exclusion totale des auteurs, celle qu'il nomme exclusion fermée. L'exclusion fermée, c'est-à-dire sans

fistulisation du segment exclu, ne doit jamais être pratiquée.

Pour Le Dentu la condition indispensable qu'il faut remplir sous peine des plus graves accidents c'est de laisser un des bouts ouvert au dehors.

L'opinion de Heydenreich est celle-ci : « En résumé, l'expérimentation sur les animaux, le raisonnement et l'examen des faits cliniques amènent à une même conclusion, à savoir que l'exclusion de l'intestin avec occlusion complète de l'anse exclue, peut, dans certains cas, et uniquement quand elle porte sur le gros intestin, n'être suivie d'aucun accident. — Mais comme elle fait courir des risques à l'opéré, il me paraît formellement indiqué de préférer l'exclusion partielle, c'est-à-dire l'exclusion avec établissement d'une fistule.

Le seul avantage de l'exclusion totale est d'éviter au patient le désagrément d'une fistule qui peut nécessiter une deuxième opération. Mais elle expose le chirurgien à l'obligation d'établir secondairement une fistule, sous peine de perdre son malade.

Les seuls cas qui se prêteraient à l'exclusion totale sont ceux où la sécrétion est minime dans l'anse exclue. Or, précisément dans ces cas, l'exclusion partielle n'a que peu d'inconvénients ; la fistule ne donne qu'un faible écoulement et elle peut se fermer spontanément. Par contre, l'exclusion totale ne fournirait que des résultats

déplorables lorsque la sécrétion de l'anse exclue est très forte.

La conclusion à laquelle j'arrive c'est que l'exclusion de l'intestin ne doit être tentée qu'avec établissement d'une fistule. »



## INDICATIONS

Etant donnés les faits énoncés plus haut, c'est dire que les indications de l'exclusion intestinale ne s'appliquent uniquement qu'à l'exclusion ouverte.

Quelles sont donc les indications de l'exclusion ? Tout d'abord, il faut avec Guinard établir un principe absolu : « Quelle que soit la cause, dit-il, pour laquelle on intervienne, fistule pyo-stercorale ou anus contre nature à guérir, rétrécissement de calibre de l'intestin inflammatoire, néoplasique ou autre, l'opération idéale est sans conteste la résection des parties malades suivie de l'abouchement des deux bouts de l'intestin.

Les indications de l'exclusion ne sont donc faites que des contre-indications de la résection. Cette dernière opération présente souvent des contre-indications ; l'entérectomie, en effet, ne doit être pratiquée qu'à froid. Elle est absolument contre-indiquée, tout au moins momentanément, au cours de graves complications infectieuses et au cours d'accidents aigus, d'obstruction in-

testinale. Les anses distendues encombrement le champ opératoire, les tuniques du colon, congestionnées et altérées, se déchirent facilement. Le malade affaibli ne peut supporter qu'un minimum d'opération.

Quand la cure radicale d'un cancer n'est pas possible, faut-il pour cela abandonner le malade ? Même dans ces cas, on peut encore beaucoup pour les cancéreux. Ceux-ci ne meurent pas, en effet, par suite des progrès de la néoplasie ; ils sont presque toujours emportés par les accidents d'obstruction ou par des complications infectieuses.

Faut-il donc abandonner ces malheureux « condamnés à une mort certaine, après un long et douloureux martyre (Wœfler) ? Les faits sont là qui prouvent que le chirurgien peut combattre et souvent même prévenir ces complications par une opération palliative. Les opérations palliatives qui traitent les complications seules sont indiquées dans tous les cas où les progrès de la tumeur et l'état du malade rendent la cure radicale trop grave et trop difficile.

D'après l'examen du malade et la palpation de la tumeur, on peut prévoir, dans certains cas, que le traitement palliatif est seul possible.

Souvent aussi, c'est au cours de la laparotomie seulement que le chirurgien peut prendre une détermination ferme.

Quelle sera donc l'opération palliative ? Le plus souvent possible, ce ne sera non plus l'établissement d'un

anus artificiel, mais une autre opération presque aussi bénigne et autrement féconde en résultats : on devra employer systématiquement soit l'entéro-anastomose, soit l'exclusion du segment intestinal.

L'anus artificiel pratiqué sur l'S iliaque est une opération d'une bénignité absolue et qui donne des résultats palliatifs appréciables. Il n'en reste pas moins vrai que c'est une infirmité permanente, dégoûtante et bien pénible. Et ce qui est vrai pour l'S iliaque l'est encore bien davantage pour l'intestin grêle. Tout anus artificiel, en effet, qui ne siège pas sur l'S iliaque ou au-dessous, ne saurait jamais être continent. L'anus contre nature devient le plus souvent tellement à charge aux malades que beaucoup se soumettent à une opération grave dans l'espoir d'en être débarrassés. — Aucun de ces inconvénients ne se rencontre après l'opération de l'exclusion qui est celle qu'on doit employer pour corriger les défauts de l'anus contre nature.

L'entéro-anastomose pratiquée pour la première fois par Maisonneuve et vulgarisée par Chaput est : « un anus contre nature qui débouche non pas à la peau, mais dans une autre anse d'intestin ». Cette opération au point de vue fonctionnel donne des résultats bien supérieurs à ceux de l'anus artificiel que l'on est souvent obligé de placer sur le cœcum ou même sur l'iléon. Elle n'entraîne pas à sa suite tous les ennuis et toutes les misères d'une infirmité odieuse et répugnante.

C'est d'ailleurs une opération simple et rapide, beau-

coup moins meurtrière que l'entérectomie : « l'absence de résection donne à cette opération une bénignité si particulière qu'il importe de considérer ce fait comme une des caractéristiques les plus importantes du procédé opératoire ». (Chaput) (1).

L'entéro-anastomose a encore un autre but, c'est en détournant le cours des matières de diminuer les irritations mécaniques et surtout les contacts septiques au niveau du rétrécissement, toutes complications qui précipitent l'évolution du cancer et hâte la terminaison. Mais il est impossible d'empêcher en cas d'anastomose simple les matières de continuer à s'engager en partie dans le canal à excludure. On a tenté un grand nombre de procédés pour obvier à cet inconvénient, aucun d'eux n'a donné de bon résultat certain. Nous avons déjà cité l'opération de Le Dentu, qui fit le plissement de l'intestin au-dessous d'une anastomose destinée à la cure d'une fistule et qui maintint ses plissures par des fils de soie. Peu de temps après l'opération les matières passaient encore par la fistule indiquant que l'intestin était déplié.

Les procédés indiqués par von Hacker et Chaput pour valvuler l'intestin au-dessous de la bouche anastomotique ne sont pas plus fidèles.

Reste donc la troisième opération, l'exclusion qui est la seule opération, qui en séparant par section

(1) Chaput. De l'entéro-anastomose. Arch. gén. de méd, 1896, II. page 323.

complète le segment malade du reste de l'intestin, puisse assurer une cure définitive (Guinard), l'exclusion en séquestrant un segment cancéreux, est une opération plus compliquée que l'anastomose, mais mieux que celle-ci elle met à l'abri de l'infection.

En France Boiffin et son élève Diet on défendu l'entéro-anastomose. Cette intervention pratiquée par l'opposition latérale, selon la technique de Lardennois, (Thèse Paris 1899) est d'une exécution facile et rapide. L'exclusion est une opération plus longue et plus complexe, c'est « une résection de l'anse malade, mais une résection sans ablation », c'est ce qui a fait dire aux adversaires que c'est une opération aussi longue et presque aussi laborieuse que la cure radicale et l'entérectomie vraie, mais la Darmausschaltung est une ressource précieuse quand au coup d'une opération de cure radicale l'extirpation de la tumeur est trop difficile ou dangereuse. Les bénéfices sont beaucoup plus considérables que ceux de la simple entéro-anastomose. Le cancer étant mis au repos, à l'abri de toute irritation et surtout de toute infection par les matières, les complications infectieuses s'amendent, les douleurs s'apaisent, les hémorrhagies cessent, les troubles fonctionnels restent peu marqués jusqu'à la mort qui survient sans souffrances par généralisation.

Il est particulièrement intéressant de constater que quelquefois à la suite de l'exclusion la tumeur autrefois inextricable devenait si mobile qu'elle était secon-

dairement facile à extirper (Hochenegg, Obalinski, Kœret, Wœefler).

Salzer a résumé les avantages que présente l'exclusion intestinale par rapport à l'entéro-anastomose.

1). Impossibilité de déversement des fèces dans la sténose.

2). Impossibilité pour les produits pathologiques, par exemple du pus chargé de bacilles de pénétrer de la sténose dans le canal intestinal.

3). Possibilité d'un traitement local, médicamenteux ou mécanique.

Ce sont ces avantages qui ont décidé les Allemands à prôner l'exclusion.

*Indications.* — Maintenant que nous avons montré l'utilité des opérations palliatives et les avantages particuliers de l'exclusion, il nous reste à énoncer les indications de cette opération.

L'exclusion a pour but de créer aux matières une nouvelle voie en levant un obstacle; elle est donc dirigée principalement contre l'occlusion. Mais est-ce à dire pour cela que l'exclusion est indiquée dans tous les cas d'occlusion.

L'occlusion en effet ne reconnaît pas toujours les mêmes symptômes, elle peut être aiguë, chronique, ou intermittente.

Dans l'occlusion aiguë les contre-indications de la laparatomie sont fréquentes: les principales sont: 1) l'âge du sujet, en général chez les vieillards il faut

s'abstenir, 2) l'âge de l'occlusion, une occlusion qui date de plusieurs jours, doit rendre l'opérateur très prudent, 3) le ventre météorisé, les anses distendues s'échappent dès que le ventre est ouvert et on a les plus grandes difficultés à les entrer. Ces faits n'ont pas empêché certains opérateurs d'agir et il faut reconnaître que leurs efforts ont été couronnés de succès. (« Le Dentu, Beckel »).

Mais en règle générale, les dangers de l'opération doivent toujours être présents à l'esprit en pareil cas, et ils sont tels qu'il vaut mieux ne pas tenter la laparotomie.

On pourrait répéter les mêmes paroles pour l'occlusion subaiguë et chronique. Cependant ici les manœuvres sont plus aisées et sont mieux supportées. Mais malgré tout ici encore l'exclusion est contre indiquée.

Dans l'occlusion intermittente le rétrécissement est relatif, l'occlusion est momentanée, les crises reparaissent à intervalles plus ou moins rapprochés, mais sont telles qu'on peut choisir et opérer entre les crises. à froid (Le Dentu) — l'indication opératoire dépend de la nature de l'obstacle, l'obstacle est inflammatoire ou néoplasique.

1). *Lésions inflammatoires.*—Les principales lésions inflammatoires sont le phlegmon de la fosse iliaque par annexite, les appendicites guéries spontanément et ayant entraîné une hyperplasie conjonctive avec sclérose de la fin de l'iléon, et du mésentère, les péritonites

généralisées ou partielles, les épiploïtes amenant de la raideur du mésentère de l'épiploon ou des parois intestinales, puis des coudures qui infléchissent l'anse intestinale.

D'après Le Dentu (1), la thérapeutique qu'on peut appliquer est la suivante :

a) Si l'intestin peut être dégagé des exsudats, et cela est possible dans les cas d'exsudat récent, il faut se borner à faire le dégagement.

b) Si l'intestin ne peut être dégagé, mais que la lésion soit assez limitée pour pouvoir être extirpée en totalité, on doit tenter l'extirpation de l'intestin et des exsudats comme s'il s'agissait d'une tumeur.

c) S'il y a tumeur formée par un épaissement et des adhérences fermes, la résection est impossible.

Deux opérations sont alors en présence : l'entéro-anastose et l'exclusion.

Si on suppose qu'il n'existe pas d'ulcères, pas de clapiers, l'exclusion n'est pas nécessaire, l'entéro-anastomose en assurant le cours des matières est suffisante.

Mais si avec cette tumeur inflammatoire et ces adhérences, il existe des lésions de l'intestin, si on voit sourdre du sang de la masse morbide, ou si le malade a eu des signes d'hémorrhagie, si la tumeur est douloureuse, s'il y a des abcès s'ouvrant dans cette anse, l'en-

(1) Le Dentu. — De l'exclusion intestinale. Revue de Gyn. et chir. abdom. — Janvier, février 1899.

téro anastomose n'est plus suffisante, et il faut avoir recours à l'exclusion.

2) *Néoplasmes. — Tumeurs malignes.* — Il est évident qu'ici l'opération de choix est l'entérectomie, c'est-à-dire l'extirpation de la partie malade. Mais aussi faut-il que l'opération soit possible, et elle ne l'est pas toujours. La résection, en effet, a ses contre-indications. Une d'entre elles est l'état général : il peut arriver que le malade est si faible qu'il semble ne pouvoir supporter qu'un minimum d'intervention ; il faut avoir recours alors à des opérations plus simples, telles que l'exclusion ou l'entéro-anastomose simple aux inconvénients de laquelle on pourra remédier plus tard par une seconde opération. Il faut donc savoir apprécier l'énergie vitale et la résistance limite du malade, les risques opératoires ne devant pas être trop grands et devant être compensés par l'attente rationnelle de sérieux bénéfices. Une autre contre-indication réside dans l'existence d'adhérences serrées et étendues ; en effet, le néoplasme du cœcum est adhérent dès le début, ses adhérences sont fermes et le plus souvent l'infiltration néoplasique s'étend au loin. On comprend donc qu'en pareil cas il peut se faire que la tumeur ne pourra être enlevée sans les plus grandes difficultés ; et il ne faut tenter l'entérectomie avec extirpation complète des prolongements cancéreux que si elle ne paraît pas trop difficile, chaque difficulté rencontrée étant un péril de plus pour le patient. Il faut avec Guinard, réserver la résection pour les cas où elle

est facile, la destruction des adhérences n'étant pas trop laborieuse ; et dans les cas où ces conditions ne sont pas réalisées, il faut avoir recours à l'exclusion. Mais, dit le Dentu, il ne faut pas oublier que l'abouchement des deux extrémités du segment exclu à la peau crée deux fistules. Si dans les affections inflammatoires ces fistules sont sans importance, il n'en est pas de même dans les néoplasmes ; dans ce dernier cas, il se produit un écoulement abondant et fétide. Si donc, il s'agit d'un fibro-sarcome, d'un épithélioma à marche lente, d'une tumeur ferme ne provoquant que des hémorrhagies rares et une entérite légère, il vaut mieux employer la simple entéro-anastomose qui supprime en partie l'irritation et la tumeur par les matières sans laisser d'infirmité aux malades. Par contre, l'exclusion sera réservée aux tumeurs fixes, ramollies, adhérentes aux téguments, dont l'ulcération de dedans en dehors est imminente, aux tumeurs saignantes et qui provoquent une entérite grave.

Si aux contre-indications énoncées plus haut on ajoute un diagnostic tardif, on voit que lorsque le néoplasme est trop étendu, le malade trop affaibli, les complications d'obstruction trop graves, le diagnostic tardif, la cure radicale n'est pas possible.

L'entérectomie ne doit être pratiquée qu'à froid, elle est absolument contre indiquée tout au moins momentanément au cours des graves complications infectueuses et au cours d'accidents aigus d'obstruction in-

testinale. Les anses distendues encombrant le champ opératoire, les tuniques du colon congestionnées et altérées se déchirent facilement et de plus le malade est très affaibli.

Mais on ne doit pas pour cela rester dans l'inaction et c'est alors que doivent intervenir les opérations purement palliatives qui, toujours bénignes parent aux accidents notamment à l'obstruction et aux accidents infectieux, donnant ainsi deux grands résultats : la disparition de la souffrance et la survie. De plus, les cures en plusieurs temps ont donné des résultats remarquables pour les néoplasmes intestinaux. C'est ce qu'a indiqué Eiselsberg : on doit faire d'abord l'entéro-anastomose et réserver l'exclusion intestinale pour une seconde opération ; plus tard on pourra extirper par une troisième opération la tumeur primitivement inopérable, mais que l'exclusion aura rendu mobile. « Il faut bien savoir, en effet, dit Guinard, que lorsque les matières ne passent plus sur les fongosités néoplasiques, lorsque se produisent les contractions répétées et forcées des muscles intestinaux destinés à pousser les liquides au travers du cylindre rétréci, les douleurs disparaissent et le néoplasme semble entrer en régression, au point de devenir relativement mobile sur les parties voisines auxquelles il adhérerait le plus primitivement ». C'est ce qui arrive pour les cancers du rectum après l'établissement d'un anus iliaque ; cette dernière opération constitue une exclusion ouverte du rectum.

Cela ne veut pas dire que toujours après l'exclusion de

la tumeur celle-ci entre en régression, il arrive même, comme dans le cas d'Eiselsberg, cité dans le cours de ce travail, que le néoplasme progresse au point de venir faire saillie au dehors par la fistule, et se nécroser. Mais cela, n'empêche pas les douleurs de disparaître complètement les douleurs tenant à la sténose et non au néoplasme lui-même.

La conclusion de Chavannaz est la suivante : « les contre-indications sont tirées de l'état général du malade, du volume et des adhérences de la tumeur et surtout de l'existence de symptômes d'occlusion aiguë ou de généralisation. C'est dans ces cas qu'il faudra avoir recours aux opérations palliatives ; et de même lorsque l'on reconnaîtra que la tumeur est inopérable ; qu'il existe une affection ganglionnaire très étendue ».

Il faut donc conclure avec Guinard : pour les néoplasmes il faut pratiquer l'exclusion ouverte toutes les fois que l'état général du malade ou les adhérences locales contre-indiquent la résection.

3) *Fistules stercorales.* — Les fistules stercorales peuvent étre divisées au point de vue étiologique en trois catégories (Le Dentu) a) fistules par étranglements, consécutives aux hernies étranglées, aux anus spontanés, inguinaux, cruraux, ou ombilicaux, aux anus contre nature. C'est une fistule en général simple et petite, ce qui est une indication de l'entérotomie par le procédé de Dupuytren. La perméabilité du bout inférieur permet au cours des matières de se rétablir aisé-

ment ; très souvent après la section de l'éperon la fistule disparaît spontanément.

b) Fistules par inflammation, entérites et périentérites suppuratives, abcès, corps étrangers ; ce sont les fistules pyo-stercorales. Cette fistule ne peut être atteinte dans ses parties profondes qu'au prix de décollements étendus, il est parfois impossible d'arriver sur l'orifice intestinal, la laparotomie est donc indiquée et si l'intestin ne peut être détaché, il faut avoir recours à l'exclusion.

c) Fistules par ulcération et néoplasme.

Salzer et Hochenegg font remarquer que l'opération idéale, la résection présente le plus souvent d'insurmontables difficultés, en pareil cas, et que l'entéro-anastomose est toujours insuffisante. L'exclusion est donc indiquée, elle transforme en fistule simple une fistule stercorale. C'est pour la cure des fistules intestinales que l'exclusion sera le plus souvent employée. « Il semble, dit Guinard, que depuis quelques années, le nombre des fistules intestinales a augmenté. S'il y a moins qu'autrefois de fistules consécutives aux gangrènes herniaires, on en observe beaucoup plus à la suite des grandes opérations abdominales, sur les annexes très adhérentes à l'intestin, à la suite des opérations d'appendicite et sans parler des fistules d'origine néoplasique, qu'on rencontre toujours de temps en temps. Pour toutes ces fistules, l'exclusion est une opération excellente dont la gravité ne saurait être comparée à celle de la résection et dont l'efficacité est bien supérieure à celle de l'entéro-anastomose ».

IV. *Anus artificiel*. — L'anus contre nature outre qu'il est une infirmité dégoûtante et très pénible présente des complications telles que : 1) les érythèmes, excoriations et érysipèles. 2) les difficultés apportées à l'écoulement des matières intestinales, leur arrêt. 3) la rupture des adhérences. 4) les divers déplacements de l'intestin à travers l'orifice cutané.

Le simple énoncé de ces accidents suffit pour comprendre que les chirurgiens ont voulu les prévenir en opérant l'anus contre nature.

Dans l'anus avec éperon le temps préliminaire doit être de supprimer la valve saillante et de barrer la voie de circulation des matières : c'est l'entérotomie. Par là, l'anus contre nature est ramené aux conditions anatomiques d'une fistule stercorale.

L'indication thérapeutique qui se présente alors est la fermeture de cette solution de continuité qui crée un obstacle permanent à la cicatrisation par l'infection ascendante que l'issue des matières y entretient. La fermeture de la brèche intestinale comporte des interventions variables suivant l'ampleur de la perte de substances : entérorraphie longitudinale, entérorraphie circulaire, après résection des deux bouts, entéro-anastomose de ces deux bouts ; exclusion.

Tout d'abord l'entérotomie a ses inconvénients, ses échecs, ses contre-indications ; de telle sorte que dans certains cas on est obligé de recourir d'emblée aux procédés qui agissent directement sur l'intestin.

L'entérorraphie latérale ne peut s'employer que dans des cas restreints, lorsque l'orifice n'est pas trop large, c'est-à-dire lorsque la suture destinée à la clore ne tiraille pas trop la paroi et ne rétrécit pas trop la lumière de l'intestin, dans ce cas 13 succès sur 13 cas apportés par Gœtz (1). Mais dans tous les autres cas, il faut avoir recours soit à la résection avec l'entérorraphie circulaire soit à l'entéro-anastomose. L'entéro-anastomose consiste à établir entre deux anses, en amont de l'anus une communication latérale, sans résection préalable. Comme l'estime Chaput, c'est une opération plus simple, plus bénigne que la résection, parce qu'on n'a pas besoin de décoller l'intestin de la paroi ni de l'exciser.

Il s'en suit pour Chaput qu'elle doit substituer à la résection et à l'entérorraphie circulaire et que partant le champ de ses indications doit se développer en ce point : « l'entéro-anastomose, dit Chaput, est indiqué toutes les fois que l'entérotomie échoue ou ne peut être employée et quand en même temps l'entérorraphie latérale ou longitudinale n'est pas possible ».

A cette conclusion on pourrait objecter ceci : c'est que la communication latérale entre les deux bouts ne supprime pas la perméabilité et n'empêche pas les matières de continuer à s'évacuer partiellement par l'anus anormal. Pour parer à cette difficulté, pour oblitérer les deux bouts au-dessous de l'anastomose, maints artifices ont été proposés. Conte qui aboucha l'intestin grêle au

(1) Forgue et Reclus. — Thérapeutique chirurgicale.

colon, plissa le bout périphérique du grêle par des sutures au catgut, mais il n'empêcha pas le reflux du contenu intestinal dans la portion du gros intestin située au-dessus de l'abouchement. Une opération analogue de Le Dentu, que nous avons citée dans le cours de ce travail, eut le même insuccès. On ne peut donc compter sur ce procédé de valvulation par plissements transversales du bout périphérique.

C'est ici que l'exclusion trouve son indication : en effet, l'exclusion obvie à l'inconvénient cité plus haut et vient compléter l'entéro-anastomose qui dans ce cas à elle seule ne donne que des résultats précaires.

On peut, comme on l'a proposé, couper les deux bouts, entre l'anastomose et l'anus anormal et réunir deux à deux les tranches centrales et les tranches périphériques. Outre que c'est long et que cela ajoute à la « syntenérostomie » deux entérorraphies circulaires, la stagnation et la distension peuvent se produire dans ces anses courtes, du côté de l'anastomose surtout, et un écoulement muqueux continue à se faire par l'orifice cutané. Clore par invagination et suture séro-séreuse, ces quatre bouts isolément, ce serait créer quatre conduits « borgnes » exposés surtout pour les deux bouts centraux, à la stase stercorale et la réplition sous-tension. Or pour un intestin qui n'a pas sa santé et sa résistance normale, cette distension est un gros péril de perforation.

Chaput conseille la ligature des deux bouts périphé-

riques avec une lanière de gaze iodoformée peu serrée. Expérimentalement il a constaté l'élimination de cette ligature de l'intestin à la façon des compresses de Pilate et de Michaux : il a employé le procédé chez un malade qui a guéri.

On voit donc qu'on est amené à la seule opération qui soit indiquée en pareil cas, c'est-à-dire à l'exclusion partielle ou ouverte. La petite fistule muqueuse persistante entretenu par la sécrétion des deux tronçons cutanés est médiocre et guérissable peut-être par cautérisation.

Quelles sont en résumé les indications de l'exclusion venant compléter l'entéro-anastomose. On peut dire qu'elles se composent des impossibilités de la résection et de l'entérorraphie.

1) Quand la dissection et le dégagement des deux bouts sont rendus irréalisables par de massives adhérences ou périlleuses par la présence d'une fistule pyo-stercorale capable, quel soin qu'on prenne, de contaminer les doigts et le champ opératoire.

2) Quand la friabilité de l'intestin sur une étendue considérable, s'oppose à une approximation solide et sûre des deux tronçons.

3) Quand le bout inférieur est oblitéré.

L'adaption du procédé se fera dans l'une ou l'autre des conditions ; ou bien après avoir débridé l'abdomen dans le voisinage de l'anus et essayé la libération des deux bouts, on reconnaît l'impossibilité de fermer directement la fistule ; ou bien l'entéro-anastomose en

présence des difficultés prévues, s'exécute loin de la fistule, par une laparotomie médiane allant d'emblée à la recherche de l'anse ouverte.

Il faut reconnaître qu'en admettant même que l'oblitération des bouts au-dessous de l'entéro-anastomose ne soit pas réalisable, ce sera déjà un résultat considérable que de dériver en grande partie, le cours des matières, la fistule y pourra gagner des conditions de curabilité plus favorables.

D'ailleurs l'inconvénient du maintien d'une partie de la circulation stercorale ou du reflux des matières est très inégal suivant l'importance du segment intestinal mis hors de fonctions.

Si l'entéro-anastomose s'établit entre les deux jambages de l'anse fistuleuse, la portion sise au-dessous de la bouche de communication est peu étendue, et si, comme le procédé de Souligoux le permet, cette bouche est large, l'écoulement stercoral sera bien réduit. — Si au contraire, on établit à l'instar de Conte une « iléo-colostomie » anastomosant la partie inférieure de l'iléon à l'angle colique gauche, le tronçon mis hors de service depuis la fin du grêle jusqu'à ce point est étendu : il peut s'y faire des stagnations graves et un reflux des matières vers le cœcum. En pareil cas, il faut évidemment avoir recours à l'exclusion.

En résumé, malgré différents appareils appropriés, malgré maints procédés opératoires fort ingénieux, on n'est pas encore arrivé à créer un bon sphincter qui retienne gaz et matières. Ceci joint aux complications

fréquentes de l'anus contre nature nécessitent souvent une opération. Parmi celles qui ont été proposées, un seul donne les résultats espérés, c'est la Darmausschaltung qui est l'intervention typique dans tous les cas où une opération de la sténose (cicatrice, tumeur) par la résection ne donne aucun résultat et malheureusement ces derniers sont les plus fréquents (Von Eiselsberg).

5) *Fistules vésico-intestinales avec pénétration des matières dans la vessie.* — L'exclusion présente aussi des avantages dans le traitement des fistules intestino-vaginales, utéro-intestinales, et surtout vésico-intestinales. Les faits de guérison spontanée des fistules vésico-intestinales, comme l'a écrit Reclus (1) donnent à réfléchir et l'on n'interviendra que lorsque aura disparu tout espoir d'oblitération spontanée. Mais le plus souvent on voit de graves complications survenir du côté des voies urinaires, l'affection n'est compatible, comme l'a dit Duménil, ni avec une longue vie, ni avec une vie tolérable. — Il faut donc agir :

De nombreuses opérations ont été proposées : sans parler de l'opération de Heim-Wæglin (2) qui chez la femme dilate l'urèthre et cautérise au nitrate d'argent l'orifice fistuleux ; et de l'opération qui consiste après

(1) Reclus. — De la colotomie dans le traitement des fistules vésico-intestinales. — *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 10 avril, 1885.

(2) — Heim-Wæglin. — *Correspondenzblatt für die Schweizer Aerzte*, 1879.

avoir ouvert la vessie par une taille sus-pubienne à procéder directement la cautérisation après avivement de l'orifice anormal. — Depuis quelques années on s'est engagé dans une nouvelle voie :

Détourner le cours des matières, avant qu'elles arrivent au niveau de l'embranchement vésical, faire un anus artificiel en amont de ce point, tel a été le but qu'on s'est proposé (Duménil -- *Revue de chirurgie*).

Mais il peut se faire que l'orifice stercoral soit trop haut situé, si la vessie s'abouche à l'intestin grêle, comme la dérivation intestinale est ici sans avantage, comme on ne peut savoir à quel niveau exacte s'ouvre la bouche viscérale-fistulaire, il faut faire la laparotomie, la libération des adhérences viscérales, la recherche et la suture des orifices intestinaux et vésicaux. L'opération est indiquée, vu la dénutrition et le péril de mort. Mais cette dernière opération peut devenir impossible, soit à cause du nombre et de la forme des adhérences soit pour toute autre cause. — Dans ces conditions, que faire ? — Ici apparaît encore l'exclusion qui est la seule opération indiquée dans les cas où l'opération précédente est impossible pour cause de difficultés opératoires insurmontables. D'ailleurs l'exclusion est encore l'opération de choix dans les cas où l'on peut faire un anus contre nature, car dans ce cas comme dans les autres, l'exclusion conserve tous ses avantages sur l'anus contre nature, l'exclusion étant non seulement préférable, à l'anus artificiel comme procédé opé-

ratoire, mais étant de plus le traitement de l'anus artificiel.

En résumé, d'après Le Dentu, les principales indications de l'exclusion sont :

- 1) Les affections inflammatoires ulcérées, adhérentes, saignant au passage des matières.
- 2) Les tumeurs ramollies et fixes.
- 3) Les fistules pyo-stercorales avec tumeurs inflammatoires de voisinage.
- 4) Les fistules néoplasiques adhérentes.

Dans ces conditions, dit Le Dentu, l'exclusion est appelée à rendre de grands services et constitue un important progrès de la chirurgie de l'intestin.

Pour Salzer, qui étend à l'exclusion intestinale les indications données pour l'entéro-anastomose par von Hacker, les indications sont :

- 1) Les fistules stercorales compliquées (plaie par armes à feu, étranglements, syphilis et tuberculose).
- 2) Les fistules intestinales par tumeurs inopérables.
- 3) Les fistules vésico-intestinales.
- 4) Les sténoses intestinales qu'on ne peut extirper.
- 5) Les infections intestinales locales inopérables, pour faire un traitement local (actinomycose).

Guinard a résumé le tout dans le précepte suivant :

L'exclusion intestinale est indiquée pour la cure de tous les rétrécissements néoplasiques ou autres, quand l'état général ou l'état local (adhérences) s'opposent à la résection.

## CONCLUSIONS

En résumé l'exclusion trouve ses indications dans les contre-indications de la résection. La cure radicale d'une tumeur n'est pas toujours possible; faut-il pour cela abandonner les malades « condamnés à une mort certaine après un long et douloureux martyre. » Il faut non seulement mettre obstacle aux progrès de la lésion, mais encore parer aux accidents d'obstruction et aux complications infectieuses. Le chirurgien peut combattre et souvent même prévenir ces complications par une opération palliative: l'anus contre nature, l'entéro-anastomose, l'exclusion totale et partielle.

En éliminant l'exclusion totale beaucoup trop dange-reuse, l'exclusion partielle est de ces différentes opérations celle qui donne les meilleurs résultats.

L'exclusion vient pour ainsi dire compléter l'entéro-anastomose. Les avantages de l'exclusion sur l'anus contre nature sont énormes: l'anus contre nature est

une infirmité des plus pénibles ; malgré différents appareils appropriés, malgré maints procédés opératoires, on n'est pas encore arrivé à former un bon sphincter qui retienne gaz et matières. Ce résultat est obtenu grâce à l'exclusion. Enfin par l'exclusion on peut prétendre au même résultat que la résection. Dans cette dernière opération, en effet, on enlève la tumeur, on ne rétablit pas la continuité du tube digestif. mais on laisse un anus contre nature qu'on se propose de fermer dans un second temps. Dans l'exclusion on rétablit la continuité du tube digestif, on n'enlève pas la tumeur qu'on laisse seulement exclue, on se propose de l'enlever dans un second temps.

En Allemagne un grand nombre de chirurgiens ont montré les avantages de l'exclusion et ont retiré les meilleurs résultats de cette dernière opération, dans les cas de cancer, de tuberculose localisée, de tuberculose cœcale par exemple de fistules stercorales, d'anus contre nature.

Le Dentu a du reste indiqué les résultats obtenus :

a) Au point de vue de la mortalité :

|                |        |                                                        |
|----------------|--------|--------------------------------------------------------|
| Narath         | 15 cas | 1 mort.                                                |
| Von Eiselsberg | 12 cas | 2 morts opératoires,<br>1 mort avec survie de 18 mois. |

b) Au point de vue fonctionnel :

En général l'écoulement cesse par la fistule. Quand il n'y a pas de néoplasme sur la partie exclue, l'écoulement du liquide intestinal tend à se tarir peu à peu.

Quand il existe un néoplasme on voit persister pendant quelque temps par la fistule un écoulement ichoreux et fétide, parfois même il persiste au pourtour de l'orifice cutané des clapiers purulents, toutefois à la longue cet état s'améliore.

Ordinairement la conséquence ultime de l'opération est une fistule donnant un écoulement modéré de liquide. A ce degré l'infirmité est aisément supportable.

Ces considérations nous permettent de dire que l'exclusion est indiquée dans tous les cas où une opération d'un retrécissement ou d'une fistule néoplasique ou autre, par la résection, n'est pas possible à cause de l'état général ou de l'état local. Les résultats obtenus jusqu'ici sont de nature à encourager ceux qui voudraient employer cette nouvelle ressource pour combattre les affections intestinales qui récemment encore on croyait incurables et pour lesquelles la chirurgie contemporaine intervient avec succès souvent, presque toujours pourra-t-on dire bientôt.



## BIBLIOGRAPHIE

VON BARACZ. — Centralbl. für Chirurgie, t. XLIII.

- Ueber die totale Darmausschaltung und über die Verwendbarkeit der Kohlrüben-Platten bei Hérolostomie. (Centralbl. f. Chir., 1893, n<sup>o</sup> 27.)
- Centralblatt für chir., t. XXVII, 1894.
- Zur Etiologie des Darmverschlusses nach der Resektion und totalen Ausschaltung des Dickdarmes und des Ilæo-cæcum. (Central. f. chir., t. XXIV, avril 1897.)
- Congrès de Moscou, 1897.
- De l'exclusion totale de l'intestin. Recherches expérimentales. (Langenbeck's Arch. für klin. chir. 1899, Band LVIII, n<sup>o</sup> 1, p. 120.)
- Presse médicale, 22 février 1899.

BILLROTH. — Beitrag f. Path. und chir. Thérap. chronischen Cœcumerkrankungen. (Salzer Arch. f. klinische chir., 1892, t. XLIII.)

BOIFFIN. — Du traitement chirurgical des tumeurs de l'intestin. Revue chirurgicale, 1892.

- Neuvième congrès de chirurgie française, 1895. — Entéro-anastomoses pour rétrécissements cancéreux du colon.

- BRAMANN. — Congrès des chirurgiens allemands, 15 avril 1898.
- CHAPUT. — Thérapeutique chirurgicale des affections de l'intestin, du rectum et du péritoine, 1896.
- De l'entéro-anastomose. (Arch. gén. de méd. 1896, t. II, p. 323.)
- CHAVANNAZ. — Sur la cure radicale du cancer du gros intestin, rectum excepté. (Thèse Bordeaux, 1894.)
- CZERNY. — Des rétrécissements du tube digestif. (Berl. klin. Wochen, 1897.
- CZERNY et RINDFLEISCH. — Ueber der Heidelberger chirurg. Klinikoperationen an Magen und Darm. Beitrage zur klin. chir., 1892, t. IX.
- LE DENTU. — De l'exclusion intestinale. Revue de gyn. et de chirurgie abdominale, janvier-février 1899.
- Dict. DECHAMBRE. — Intestin, t. XVI, 4<sup>e</sup> série, Blachez.
- Colon, t. IX, E. Bertin.
- Rétrécissement, t. IV, 3<sup>e</sup> série, Verneuil.
- Dict. JACCOUD. — Intestin, t. XIX, Luton et Desprez.
- Rétrécissement, t. XXXI, 1883, Letulle.
- Diet. — Entéro-anastomose dans les rétrécissements de l'intestin.
- VON EISELSBERG. — Zur Casuistik der Darmausschaltung. (Wiener klin. Wochensch. 1893, n<sup>o</sup> 8.)
- Contribution à l'étude de l'exclusion intestinale. (Wiener klin. Woch. 1895.)
- Weitere Beitrage zur Casuistik der Darmausschaltung. (Wien. klin. Woch., 1896, n. 12, 13 et 14.)
- Nederl. Tydschr. v. Geneeskunst, 1896, n. 8.
- Over Darmausschaltung. (Mém. en hollandais, 1896.)
- Arch. für klin. Chir., 1899, t. LIV.
- Congrès de Moscou, 1897.
- Ueber die Behandlung von Kothfistule und stricturen des Darmcanales mittelst der totalen Darm-

- ausschaltung. Arch. f. klin. chir., Bd. LVI, Heft 2.)  
— Central. f. klin. chir., juillet 1898.
- FORGUE et RECLUS. — Traité de thérapeutique chir., t. II :  
Traitement chirurgical des anus contre nature et  
des fistules sterurales.
- FRANK. — Einige Darmoperationen und Bemerkungen über die  
Darmaht. (Wien. klin. Woch., 1892, n. 27.)
- GUINARD. — Exclusion de l'intestin. (Traité de chir., Le Dentu  
et Delbet, t. VIII.)
- VON HACKER. — Ueber die Bedeutung der Anastomosenbildung  
am Darm. (Wiener klin. Woch.)
- HAUER. — Darmresection und Enterrorhaphien an der Klinik  
P. Billroth, 1878-1883. Zeits. f. Heilkunde. Prag, 1884.
- HEYDENREICH. — L'exclusion. Sem. médicale, 10 février 1897.
- HOCHENEGG. — Soc. des médecins de Vienne, 10 décembre 1897.
- Ein Beitrag zur Cœcalchirurgie und zur Ilœo-colo-  
stomie. (Wiener klin. Wochens., 1891, n° 53.)
- JEANNEL. — Chirurgie de l'intestin.  
— Arch. prov. de chir., 1898.
- KLECKI. — Przegląd lekarski, 1893, n° 34-35.
- LARDENNOIS. — De l'anastomose entéro-rectale. (Rev. de Gyn.  
et de chirurgie abdominale, avril 1899.)  
— Thèse Paris, 1899.
- LAVISE. — Congrès de chirurgie belge, juin 1878.  
— In Annales Société belge de chir., juillet 1878.
- LETULLE. — Greffes cancéreuses de l'intestin. (Revue de Pozzi,  
t. I, p. 471.)
- OBALINSKY. — Congr. de chir. Polon. Cracovie, 1896.  
— Centralbl. für Chirurgie. Leipzig, p. 338.
- PELLIER. — Thèse Paris, 1899.
- PETROFF. — Cancer du gros intestin. Sofia, 1897.  
— Congrès de Moscou, avril 1896.
- PEYROT. — Thèse d'agrégation, 1880.

- PLICQUE (A.-F.).— L'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes, l'ablation complète et ses difficultés. *Gaz. des Hôp. Paris*, 1899, LXII, 669-673.)
- RECLUS. — De la colotomie dans le traitement des fistules vésico-intestinales. (*Gaz. heb. de méd. et de chir.*, 10 avril 1885.)
- RUEPP. — Ueber Darmkrebs mit Ausschluss des Mastdarmkrebses. (Thèse Zurich, 1895.)
- SABATIER (A.) — Dangers de la greffe des éléments cancéreux pendant l'extirpation des tumeurs malignes. *Cong. franc. de chir. Proc.-verbal. Paris* 1888, 287-289.)
- Province médicale, Lyon 1888.
- SALZER. — Cure de certaines fistules stercorales du cœcum et du colon, et de néoplasmes inextirpables de l'intestin. Exclusion du segment malade. Darmausschaltung. (20<sup>e</sup> congrès de la Société allemande de chirurgie, 1891.)
- Beitrage zur path. und chir. Thérap. chirurgischen Cœcumerkrankungen. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1892, t. XLIII, p. 101.)
- SCHILLER (Arnold). — Ueber die Darmoperationen an der Heidelberger chirurgischen Klinik den letzten vier Jahren. *Beitrag z. klin. Chir.*, 1897, vol. XVII, t. 5.
- SUCHIER. — Beitrag zur operationen Behandlung Cœcumtumoren. *Berl. klin. Woch.*, 1899.





Vu, le Doyen,  
BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,  
PAUL BERGER

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris  
GRÉARD

---

Imprimerie A. MALVERGE, 171, rue Saint-Denis





